

Aus dem Institut für Versorgungsforschung und Klinische Epidemiologie  
Geschäftsführender Direktor: Prof. Dr. Max Geraedts

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg

Titel der Dissertation:

Unterschiede in der Krankenhauswahl zwischen stationär behandelten Patienten,  
Schwangeren in der Geburtshilfe und Eltern pädiatrischer Patienten, eine  
querschnittliche Erhebung

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin  
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg  
vorgelegt von

Marie-Charlotte Kummer  
aus Koblenz

Marburg, 2021

Angenommen vom Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg am  
25.10.2021

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin

Dekanin: Frau Prof. Dr. Denise Hilfiker-Kleiner

Referent: Herr Prof. Dr. Max Geraedts

1. Korreferentin: Frau Prof. Dr. Maritta Kühnert

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>7</b>
<b>3</b>	<b>MATERIAL UND METHODEN .....</b>	<b>18</b>
3.1	DESIGN .....	18
3.2	GRUNDGESAMTHEIT .....	18
3.3	SCHICHTUNGSKRITERIEN .....	18
3.4	ANALYSEGRUPPEN .....	19
3.5	ERHEBUNGSINSTRUMENT .....	22
3.6	DATENERHEBUNG.....	23
3.7	STATISTISCHE AUSWERTUNG .....	23
3.7.1	<i>Zusätzliche Variablen.....</i>	<i>23</i>
3.7.2	<i>Gewichtung .....</i>	<i>24</i>
3.7.3	<i>Analyseverfahren .....</i>	<i>24</i>
3.7.4	<i>Analysesoftware .....</i>	<i>26</i>
3.7.5	<i>Ethikvotum.....</i>	<i>26</i>
<b>4</b>	<b>ERGEBNISSE.....</b>	<b>27</b>
4.1	GESAMTSTICHPROBE .....	27
4.1.1	<i>Soziodemografie (Tabelle 6).....</i>	<i>28</i>
4.1.2	<i>Aufnahmekontext (Tabelle 7).....</i>	<i>29</i>
4.1.3	<i>Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 8).....</i>	<i>30</i>
4.1.4	<i>Informationsquellen (Tabelle 9).....</i>	<i>31</i>
4.1.5	<i>Entscheidungskriterien (Tabelle 10) .....</i>	<i>32</i>
4.2	ERKRANKTE PATIENTEN AUFGETEILT NACH FACHGEBIET .....	33
4.2.1	<i>Arbeitshypothese.....</i>	<i>33</i>
4.2.2	<i>Soziodemografie (Tabelle 11).....</i>	<i>33</i>
4.2.3	<i>Aufnahmesituation (Tabelle 12) .....</i>	<i>34</i>
4.2.4	<i>Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 13) .....</i>	<i>36</i>
4.2.5	<i>Informationsquellen (Tabelle 14) .....</i>	<i>37</i>
4.2.6	<i>Entscheidungskriterien (Tabelle 15) .....</i>	<i>38</i>
4.2.7	<i>Überprüfung Arbeitshypothese 2 .....</i>	<i>40</i>
4.3	ELTERN PÄDIATRISCHER PATIENTEN, GESUNDE PATIENTEN DER GEBURTSHILFE UND ERKRANKTE PATIENTEN IM VERGLEICH .....	41
4.3.1	<i>Arbeitshypothesen.....</i>	<i>41</i>
4.3.2	<i>Soziodemografie (Tabelle 16).....</i>	<i>41</i>
4.3.3	<i>Aufnahmesituation (Tabelle 17) .....</i>	<i>43</i>
4.3.4	<i>Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 18) .....</i>	<i>44</i>

4.3.5	Informationsquellen (Tabelle 19)	45
4.3.6	Entscheidungskriterien (Tabelle 20)	47
4.3.7	Überprüfung Arbeitshypothese 1	49
4.3.8	Überprüfung Arbeitshypothese 5	49
4.4	ERKRANKTE PATIENTEN AUFGETEILT NACH GESCHLECHT	50
4.4.1	Arbeitshypothesen	50
4.4.2	Soziodemografie (Tabelle 21)	50
4.4.3	Aufnahmesituation (Tabelle 22)	51
4.4.4	Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 23)	52
4.4.5	Informationsquellen (Tabelle 24)	52
4.4.6	Entscheidungskriterien (Tabelle 25)	54
4.4.7	Überprüfung Arbeitshypothese 3	56
4.4.8	Überprüfung Arbeitshypothese 5	56
4.5	GESUNDE FRAUEN DER GEBURTSHILFE UND ERKRANKTE FRAUEN DER GYNÄKOLOGIE	57
4.5.1	Arbeitshypothesen	57
4.5.2	Soziodemografie (Tabelle 26)	57
4.5.3	Aufnahmesituation (Tabelle 27)	58
4.5.4	Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 28)	59
4.5.5	Informationsquellen (Tabelle 29)	59
4.5.6	Entscheidungskriterien (Tabelle 30)	61
4.5.7	Überprüfung Arbeitshypothese 4	63
4.5.8	Überprüfung Arbeitshypothese 5	63
4.6	LOGISTISCHE REGRESSIONSANALYSEN AUFGETEILT NACH STICHPROBE	64
4.6.1	Arbeitshypothesen	64
4.6.2	Eltern pädiatrischer Patienten (Tabelle 31)	65
4.6.3	Gesunde Patienten der Geburtshilfe (Tabelle 32)	66
4.6.4	Erkrankte Patienten (Tabelle 33)	67
4.6.5	Erkrankte Frauen (Tabelle 34)	69
4.6.6	Erkrankte Männer (Tabelle 35)	71
4.6.7	Erkrankte Frauen der Gynäkologie (Tabelle 36)	73
4.6.8	Überprüfung Arbeitshypothese 6	74
4.6.9	Überprüfung Arbeitshypothese 7	74
<b>5</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>75</b>
5.1	STÄRKEN UND LIMITATIONEN	80
5.2	ZUKÜNFTIGE FORSCHUNG	80
5.3	PRAKTISCHE IMPLIKATIONEN	81
5.4	SCHLUSSFOLGERUNG	82
<b>6</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG</b>	<b>84</b>
6.1	EINLEITUNG	84

6.2	MATERIAL UND METHODEN .....	84
6.3	ERGEBNISSE .....	85
6.4	DISKUSSION .....	85
6.5	SCHLUSSFOLGERUNG .....	86
<b>7</b>	<b>SUMMARY .....</b>	<b>87</b>
7.1	INTRODUCTION .....	87
7.2	METHODS .....	87
7.3	RESULTS.....	87
7.4	DISCUSSION .....	88
7.5	CONCLUSION.....	88
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>90</b>
<b>9</b>	<b>ANHANG.....</b>	<b>97</b>
9.1	FRAGEBOGEN.....	97
9.2	VERZEICHNIS DER AKADEMISCHEN LEHRER/-INNEN .....	110
9.3	DANKSAGUNG .....	112

## 1 Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Übersicht der 3 Teilstichproben nach Krankheitssituation .....	20
Tabelle 2: Übersicht der erkrankten Patienten nach Geschlecht .....	20
Tabelle 3: Übersicht der erkrankten und gesunden Patienten ohne Fachgebiets- und Geschlechtseinfluss.....	21
Tabelle 4: Teilnehmer, Nicht-Teilnehmer und bundesdeutsche Grundgesamtheit vollstationärer Krankenhausfälle im Jahr 2012 und nach berücksichtigten Fachgebieten gewichtete Stichprobe .....	27
Tabelle 5: Gründe zur Nichtteilnahme der Gesamtstichprobe .....	28
Tabelle 6: Soziodemografie der Gesamtstichprobe .....	28
Tabelle 7: Aufnahmekontext der Gesamtstichprobe .....	29
Tabelle 8: Krankenhausvorerfahrung der Gesamtstichprobe.....	30
Tabelle 9: genutzte Informationsquellen der Gesamtstichprobe .....	31
Tabelle 10: genutzte Entscheidungskriterien der Gesamtstichprobe .....	32
Tabelle 11: Soziodemografie aller Erkrankten nach Fachgebiet.....	34
Tabelle 12: Aufnahmekontext aller Erkrankten nach Fachgebiet.....	35
Tabelle 13: Krankenhausvorerfahrung aller Erkrankten nach Fachgebiet.....	36
Tabelle 14: genutzte Informationsquellen im Vergleich zwischen allen erkrankten Patienten nach Fachgebiet.....	38
Tabelle 15: Entscheidungskriterien aller erkrankten Patienten nach Fachgebiet, die selber über das Krankenhaus bestimmen .....	39
Fortsetzung Tabelle 15: Entscheidungskriterien aller erkrankten Patienten nach Fachgebiet, die selber über das Krankenhaus bestimmen .....	40
Tabelle 16: Soziodemografie der Patienten der Pädiatrie, der Geburtshilfe und aller Erkrankten .....	42
Tabelle 17: Aufnahmekontext der Pädiatrie, der Geburtshilfe und aller Erkrankten.....	43

Tabelle 18: Krankenhausvorerfahrung Eltern pädiatrischer Patienten, Patienten der Geburtshilfe und aller Erkrankten.....	44
Tabelle 19: genutzte Informationsquellen im Vergleich zwischen Eltern pädiatrischer Patienten, Patienten der Geburtshilfe und aller erkrankten Patienten der, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme .....	46
Tabelle 20: Entscheidungskriterien im Vergleich zwischen Eltern pädiatrischer Patienten, Patienten der Geburtshilfe und aller erkrankten Patienten, die selber über das Krankenhaus bestimmen, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme .....	47
Fortsetzung Tabelle 20: Entscheidungskriterien im Vergleich zwischen Eltern pädiatrischer Patienten, Patienten der Geburtshilfe und aller erkrankten Patienten, die selber über das Krankenhaus bestimmen, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme .....	48
Tabelle 21: Soziodemografie der erkrankten Frauen und Männer.....	50
Tabelle 22: Aufnahmekontext der erkrankten Frauen und Männer.....	51
Tabelle 23: Krankenhausvorerfahrung der erkrankten Frauen und Männer.....	52
Tabelle 24: Genutzte Informationsquellen im Vergleich zwischen erkrankten Frauen und Männern, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme .....	53
Tabelle 25: Entscheidungskriterien der erkrankten Frauen und Männer, die selber über das Krankenhaus bestimmen, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme .....	55
Tabelle 26: Soziodemografie der Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe .....	57
Tabelle 27: Aufnahmekontext der Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe .....	58
Tabelle 28: Krankenhausvorerfahrung der Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe .....	59
Tabelle 29: Genutzte Informationsquellen im Vergleich zwischen Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme .....	60
Tabelle 30: Entscheidungskriterien der Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe, die selber über das Krankenhaus bestimmen, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme .....	62

Tabelle 31: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für Eltern pädiatrischer Patienten .....	65
Tabelle 32: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für Patienten der Geburtshilfe.....	66
Tabelle 33: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für alle erkrankten Patienten.....	68
Tabelle 34: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für erkrankte Frauen .....	70
Tabelle 35: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für erkrankte Männer .....	72
Tabelle 36: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für erkrankte Frauen der Gynäkologie.....	73



## 2 Einleitung

Die freie Krankenhauswahl für Patienten<sup>1</sup> wird in Deutschland gesundheitspolitisch gefördert. Fotaki (2013) sieht in ihrer Übersichtsarbeit die freie Krankenhauswahl in der Erfüllung gesundheitspolitischer Ziele begründet, wie insbesondere die Steigerung der Effizienz und die Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung. So regt die freie Krankenhauswahl den Wettbewerbsdruck zwischen den Krankenhäusern an (Burgess et al., 2005; Lisac, 2006) was Burgess in seiner Übersichtsarbeit als Hauptantrieb für die Effizienzsteigerung benennt. Die Behandlungsqualität wird ebenfalls durch den Wettbewerb um Patienten verbessert, da die Patienten sich für ihre Behandlung das in ihren Augen beste Krankenhaus aussuchen (Fotaki, 2013; Fotaki et al., 2008; Lane & Lindquist, 1988). Weitere Gründe für die freie Krankenhauswahl sind die Stärkung der Autonomie und die Förderung der Mitbestimmungsmöglichkeiten der Patienten (Fotaki et al., 2005), denn Patienten wollen aktiv mitentscheiden (Fotaki, 2011; Øvretveit, 1996). Für die Behandler in Krankenhäusern kann es daher hilfreich sein, das Vorgehen der Patienten bei der Krankenhauswahl zu kennen, deren Erwartung an die Behandlung zu verstehen und in ihrer Patientenversorgung zu berücksichtigen. Dies ermöglicht ein Zusammenfinden von Patienten und Krankenhäusern im Alltag der medizinischen Versorgung.

Zur Förderung der freien Krankenhauswahl informiert das Bundesgesundheitsministerium die Bürger im „Ratgeber Krankenhaus“ dezidiert zur freien Krankenhauswahl. „Wenn es sich (...) um eine geplante Behandlung [handelt], haben [Patienten] die Zeit und das Recht, sich eine Klinik auszusuchen.“ (Bundesministerium für Gesundheit, 2020, S. 36). Zudem wird eine Entscheidungsfindung unter Rücksprache mit dem behandelnden Arzt empfohlen. Auch weist der Ratgeber auf die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) entwickelten Qualitätskriterien hin, die in der Planung des Krankenhausaufenthaltes genutzt werden sollen. Die Qualitätskriterien finden sich in den strukturierten Qualitätsberichten wieder, zu deren regelmäßiger Veröffentlichung deutsche Krankenhäuser gesetzlich verpflichtet sind. Inhaltlich umfassen diese Berichte Angaben zur personellen Ausstattung, zu strukturellen Merkmalen und zur Ergebnisqualität des jeweiligen Krankenhauses. Die externe Qualitätssicherung wird durch das Institut für Qualitätssicherung und

---

<sup>1</sup> Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Dissertation die Sprachform des generischen Maskulinums angewendet. Es wird an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass die ausschließliche Verwendung der männlichen Form geschlechtsunabhängig verstanden werden soll.

Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) koordiniert und bewertet. Patienten sollen mit Hilfe der Qualitätsberichte befähigt werden, eine sachbegründete Krankenhauswahl zu treffen, da subjektive Beurteilungen alleine zur adäquaten Beurteilung der Versorgungsqualität nicht geeignet sind (Bundesministerium für Gesundheit, 2020). Die zentrale Bedeutung der Bereitstellung von Informationen wird von Burgess (2005) bestätigt und Ovretveit (1996) nennt eine Wahl ohne valide Informationen bedeutungslos.

Einzelne Studien zeigen positive Effekte durch die Veröffentlichung von Qualitätsberichten. Ito und Sugawara (2005) weisen in ihrer Querschnittsstudie auf eine positive Korrelation zwischen der Veröffentlichung von Qualitätsberichten und einer patientenbasierten Versorgung sowie einer höheren Patientensicherheit hin. Die Mortalitätsrate für Bypassoperationen in den USA für den Zeitraum von 1994 bis 1999 ist bei Krankenhäusern, die Qualitätsberichte veröffentlichen, niedriger (Hannan et al., 2003).

Im deutschen Gesundheitssystem führt die Veröffentlichung zu einer Verbesserung von Qualitätsindikatoren (Kraska et al., 2016). Dies ist jedoch weniger auf die Berücksichtigung der Qualitätsberichte seitens der Patienten und Behandler, sondern vielmehr auf die Berücksichtigung seitens der Krankenhäuser zurückzuführen (Marshall et al., 2000).

Im Gegensatz zu den genannten Studien zeigen viele Übersichtsarbeiten zur Krankenhauswahl bislang eine geringe Nutzung von Qualitätsberichten bei der Krankenhauswahl (de Cruppé & Geraedts, 2011; Faber et al., 2009; Geraedts & de Cruppé, 2011; Ketelaar et al., 2011; Marshall et al., 2000; Marshall & McLoughlin, 2010; Metcalfe et al., 2018; Turnpenny & Beadle-Brown, 2015). Patienten interessieren sich zwar für Qualitätsberichte (Faber et al., 2009), kennen diese jedoch häufig nicht (Faber et al., 2009; Geraedts, 2006; Turnpenny & Beadle-Brown, 2015) und beziehen sie kaum in ihre Entscheidung mit ein (Faber et al., 2009; Ketelaar et al., 2011; Marshall et al., 2000; Metcalfe et al., 2018). In der Übersichtsarbeit zur Veröffentlichung von Qualitätsinformationen von Marshall et al. (2000) wird dieses Verhalten mit einem Mangel an Vertrauen in die vermittelten Informationen begründet. Auch Behandler sind gegenüber Qualitätsberichten oft skeptisch (Marshall et al., 2000). Turnpenny und Beadle-Brown bezeichnen in ihrer Übersichtsarbeit (2015) das Vertrauen in die Quelle als Schlüsselement von Qualitätsinformationen. Die Nutzung und das Verständnis der Qualitätsberichte werden häufig von persönlichen Faktoren der Patienten limitiert

(Marshall & McLoughlin, 2010). Auch führt die oft komplexe Darstellung der Informationen zu Verständnisproblemen (Faber et al., 2009).

Um das Verständnis der Informationen durch die Patienten im deutschen Gesundheitssystem zu erleichtern, hat der Gemeinsame Bundesausschuss im Jahr 2019 das Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) beauftragt, ein Qualitätsportal zur Krankenhaussuche zu entwickeln (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2019). Es soll mit Hilfe von leicht verständlichen Qualitätsübersichten einen direkten Vergleich zwischen den Krankenhäusern ermöglichen und so die Einbeziehung von Qualitätsinformationen fördern.

Neben Patienten und Krankenhäusern gibt es weitere Faktoren, die die freie Krankenhauswahl beeinflussen. So spielen insbesondere gesundheitspolitische Entscheidungen, die die Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems definieren, eine entscheidende Rolle. Dazu zählen Vorgaben zur Versorgungsstruktur sowohl auf Bundesebene als auch auf Landesebene. Diese umfassen unter anderem die Mindestmengen von Fallzahlen, die Untergrenzen bei der Personalausstattung, die Festlegung der Fallpauschalen, die Ermittlung des Krankenhausbedarfs und die Mittel zur Investitionsfinanzierung.

Studien zur Krankenhauswahl gehen methodisch unterschiedlich vor. Besonders häufig werden Discrete-Choice-Experimente durchgeführt (Burge et al., 2005; Koch-Weser et al., 2019; Salampessy et al., 2020; Schuldt et al., 2017; Tayyari Dehbarez, Raun Mørkbak, et al., 2018). Discrete-Choice-Experimente dienen neben dem Verständnis des Wahlverhaltens auch der Modellierung desselbigen (Albers et al., 2007, S. 327–328). Der Proband kann aus einer begrenzten Menge an Alternativen mit jeweils unterschiedlichen Merkmalen wählen. Aus ökonomischer Sicht wird von der Wahl der Alternative ausgegangen, die den größten individuellen Nutzen für den Probanden erbringt. Somit können Verhaltensannahmen spezifiziert und der relative Einfluss der einzelnen Merkmale bestimmt werden (Albers et al., 2007). Eine andere Form des Experiments, die in Studien zum Wahlverhalten eingesetzt wird, ist das Quasi-Experiment (Mukamel & Mushlin, 1998). Das Quasi-Experiment definiert sich über die Einteilung der Probanden, die nicht randomisiert, sondern auf Basis natürlicher Gruppen erfolgt (Albers et al., 2007, S. 30). Darüber hinaus werden in vielen Studien Fragebögen eingesetzt, die selbstständig durch die Probanden ausgefüllt werden (Lako & Rosenau, 2009; Lux et al., 2011). Auch sind persönliche Interviewbefragungen (de Cruppé & Geraedts, 2011; Mosadeghrad, 2014; Tayyari Dehbarez, Lou, et al., 2018) oder

telefonische Befragungen (Robinson & Brodie, 1997; Schneider & Epstein, 1998; Streuf et al., 2007) häufiger Mittel der Datenerhebung.

Als Probanden werden häufig Patienten vor oder nach spezifischen, planbaren, operativen Eingriffen wie beispielsweise Gelenkersatz, koronarerterielle Bypassoperationen oder Tumorchirurgie befragt (Blake & Clarke, 2019; Bozic et al., 2013; de Cruppé & Geraedts, 2011; Harold S. Luft et al., 1990; Keating et al., 2016; Leister & Stausberg, 2007; Schneider & Epstein, 1998; Yang et al., 2018). Andere Studienkohorten umfassen Patienten mit einer spezifischen Erkrankung wie rheumatoider Arthritis, Pneumonie, Herzinfarkt, COPD, Femurfraktur, Prostatakrebs, Brustkrebs, Darmkrebs oder Schlaganfall (Aggarwal et al., 2017, 2018; Geuter & Weber, 2009; Harold S. Luft et al., 1990; Keating et al., 2016; Lux et al., 2011; Salampessy et al., 2020). Eine weitere Unterscheidung zwischen den Studien lässt sich hinsichtlich der Anzahl der einbezogenen Fachgebiete vornehmen. Einerseits werden Fachgebiete einzeln betrachtet, andererseits vergleichend gegenübergestellt (Burge et al., 2005; Lako & Rosenau, 2009; Lux et al., 2011).

Neben der Vielzahl an Studien, in denen Patientendaten analysiert werden (u.a. Burge et al., 2005; Lako & Rosenau, 2009; Mosadeghrad, 2014; Simon, 1956; Wiedenhöfer & Keppler, 2017), finden sich auch Studien, die ausschließlich gesunde Probanden, die gemeinhin als Konsumenten bezeichnet werden, einschließen (Anell et al., 1997; Geraedts, 2006; Koch-Weser et al., 2019; Mansky, 2012; Robinson & Brodie, 1997; Schuldt et al., 2017; Simon, 1956; Streuf et al., 2007; Tayyari Dehbarez, Raun Mørkbak, et al., 2018).

Die gesunden Probanden geben als wichtigste Informationsquellen ihre Bezugspersonen wie die behandelnden Ärzte, die Familie und Freunde an (Harris & Beeuwkes Buntin, 2008; Mansky, 2012; Robinson & Brodie, 1997; Streuf et al., 2007). Auch das Internet wird häufig genannt (Streuf et al., 2007). Insbesondere jüngere Probanden nutzen es vermehrt als Informationsquelle (Streuf et al., 2007). Daneben spielen auch nicht personengebundene Quellen wie der Verbraucherschutz oder Krankenkassen eine Rolle (Geraedts, 2006; Geraedts & de Cruppé, 2011).

Als wichtigstes Entscheidungskriterium wird die Empfehlung des behandelnden Arztes angegeben (Geraedts, 2006). Weitere wichtige Kriterien sind der Ruf des Krankenhauses, die eigenen Vorerfahrungen und die Empfehlung des behandelnden Arztes (Mansky, 2012; Streuf et al., 2007). Auch operationalisierte Qualitätsindikatoren werden genannt. So zeigen die Ergebnisse des Discrete-Choice-Experimentes in drei deutschen Städten von Schuldt et al. (2017) die Bedeutung der Komplikationsrate als

bewährtes Entscheidungskriterium. Darüber hinaus weist Geraedts (2006) auf den deutlichen Einfluss hin, den die repräsentativ befragten deutschen Krankenversicherungsnehmer der Häufigkeit der Behandlungen durch das Krankenhaus sowie den Behandlungserfolgen zusprechen. Zudem werden Komfortmerkmale, Hotelleistungen und Atmosphäre als Entscheidungskriterien genannt (Mansky, 2012; Streuf et al., 2007).

In Gesundheitssystemen ohne Versicherungspflicht, in denen die Patienten die Kosten für ihre Behandlung häufig selbst tragen müssen, sind die Behandlungskosten ein wichtiges Kriterium (Koch-Weser et al., 2019). Zwischen den Probanden zeigen sich soziodemografische Unterschiede. So ist für Privatversicherte die Entfernung vom Zuhause weniger wichtig und Probanden, die der Oberschicht angehören, verlassen sich häufiger auf die Empfehlung Angehöriger als auf die eigene Vorerfahrung (Geraedts, 2006).

Studien, die Daten an gesunden Probanden erheben, basieren auf der Annahme, dass sich alle Menschen im realen Wahlprozess wie Konsumenten verhalten und sich die gewonnenen Ergebnisse somit direkt auf Patienten übertragen lassen. Das Bild des Konsumenten im gesundheitspolitischen Dialog beruht auf dem neoklassischen Modell der Ökonomie (Kolstad & Chernen, 2009), welches den Vorstellungen des „Homo oeconomicus“ aus Smiths Werk „The Wealth of Nations“ von 1776 folgt. Demzufolge ist ein Konsument fähig, alle ihm verfügbaren Informationen für den Entscheidungsprozess zu sammeln und zu verarbeiten, um anschließend eine vollkommen rationale Entscheidung treffen zu können (Rice, 2013). Thaler und Sunstein (2008) beschreiben Smiths Vorstellung pointiert in ihrem Buch: „(...) homo economicus can think like Albert Einstein, store as much memory as IBM's Big Blue, and exercise the willpower of Mahatma Gandhi“ (Thaler & Sunstein, 2008, S. 6). Das Bild des rational handelnden Konsumenten wird in der Literatur vielfach kritisiert, da es eine Übersimplifizierung der Realität darstellt (Victoor et al., 2012). Gemäß den Ergebnissen von Kahnemanns Studie zum Thema Entscheidungsverhalten (1979) widerspricht das Verhalten in der Realität den Vorstellungen des „Homo oeconomicus“. Die kognitiven Ressourcen eines Menschen zur Informationsverarbeitung sind limitiert, weshalb Entscheidungen häufig auf Annahmen und Wahrscheinlichkeiten beruhen (Marshall & McLoughlin, 2010). Insbesondere bei der Krankenhauswahl wird versucht, die kognitive Anstrengung, die beim Verstehen der oft komplexen Informationen aufgebracht wird, zu reduzieren (Fischer et al., 2015). Die direkte Übertragung theoretischer Vorgehensweisen der ökonomischen Literatur reicht nicht aus, um den Entscheidungsprozess zu verstehen (Fotaki, 2013; Simon, 1956). Insbesondere im Gesundheitswesen finden

Entscheidungen oft in Situationen der Unsicherheit statt (Fotaki et al., 2005). Der Pschyrembel (2020) definiert Krankheit als subjektive und/oder objektivierbare, körperliche, geistige oder seelische Störung. Einige Studien weisen auf Unterschiede im Entscheidungsprozess zwischen gesunden Probanden und Patienten hin (Cassell, 1993; de Cruppé & Geraedts, 2011; Øvretveit, 1996). Cassell (1993) beschreibt die Veränderung der Werte und der Ziele der Patienten durch die Krankheitssituation (Cassell, 1993). Patienten, die an einer chronischen Erkrankung leiden, geben häufiger an, einen hohen Bedarf an Qualitätsinformationen zu haben (Geraedts, 2006; Schuldts et al., 2017), nutzen diese Berichte aber kaum (Marshall & McLoughlin, 2010). Sie verlassen sich bei der Krankenhauswahl vermehrt auf die eigene Erfahrung (Geraedts, 2006), wohingegen gesunde Probanden vergleichsweise häufiger Ergebnisindikatoren berücksichtigen (Victoor et al., 2012). Mit zunehmender Schwere der Erkrankung wollen die Patienten weniger in Entscheidungen involviert werden (Beaver et al., 1996), sondern diese an Vertrauenspersonen, wie den behandelnden Arzt, delegieren (de Cruppé & Geraedts, 2011; Øvretveit, 1996). Marshall und McLoughlin (2010) resümieren das Vorgehen der Patienten bei der Krankenhauswahl als eine primär sozial ausgerichtete Entscheidungsfindung. Diese findet auf Grundlage eigener Erwartungen und Ängste sowie im direkten Kontakt mit Vertrauenspersonen statt (Marshall & McLoughlin, 2010).

Studien an Patienten heben die Bedeutung persönlicher Kontakte, wie behandelnder Ärzte, Familie und Freunde, als wichtigste Informationsquellen hervor (de Cruppé & Geraedts, 2011; Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Das Internet liegt als Informationsquelle direkt hinter den Bezugspersonen (Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Auch die persönliche Krankenhausvorerfahrung spielt eine Rolle (Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Patienten geben neben den klassischen Informationsquellen an, sich mittels Informationsveranstaltungen des Krankenhauses oder der Krankenhausambulanz zu informieren (de Cruppé & Geraedts, 2011; Wiedenhöfer & Keppler, 2017).

Als ausschlaggebendes Entscheidungskriterium wird die Entfernung vom Zuhause genannt (Beukers et al., 2014; Birk et al., 2011; Burge et al., 2005; de Cruppé & Geraedts, 2011; Keating et al., 2016; Smith et al., 2018). Auch die Empfehlungen des behandelnden Arztes, von Familienmitgliedern und Freunden werden häufig berücksichtigt (Birk et al., 2011; Lako & Rosenau, 2009; Mosadeghrad, 2014). Ebenso ist die eigene Erfahrung für viele Patienten ein Hauptkriterium bei der Krankenhauswahl (de Cruppé & Geraedts, 2011; Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Weitere wichtige Entscheidungskriterien sind neben dem Ruf des Krankenhauses, den Behandlungskosten, der Atmosphäre, der Wartezeit, Zufriedenheitsbewertungen und

der Arzt-Patienten-Beziehung auch Qualitätsindikatoren wie die Qualifikation der Ärzte (Birk et al., 2011; Burge et al., 2005; de Cruppé & Geraedts, 2011; Lako & Rosenau, 2009; Mosadeghrad, 2014; Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Auch Aggarwal et al. beschreiben in ihrer retrospektiven Kohortenstudie (2017), dass Patienten, die sich aufgrund von Prostatakrebs einer Strahlentherapie unterzogen, sich häufiger in ein Krankenhaus mit einer fortschrittlicheren technischen Ausstattung in Behandlung begaben, als sich im nächstgelegenen Krankenhaus behandeln zu lassen.

In verschiedenen Studien konnten zudem Unterschiede bezüglich des Vorgehens der Patienten bei der Krankenhauswahl zwischen den einzelnen medizinischen Fachgebieten gezeigt werden. So sind Patienten der Ophthalmologie aktiver in den Entscheidungsprozess involviert, wohingegen die Patienten der Pädiatrie und der Neurologie eine eher passive Rolle einnehmen (Birk et al., 2011). Die Wartezeit ist für Patienten der Ophthalmologie im britischen Gesundheitssystem ein wichtigeres Entscheidungskriterium als die Entfernung vom Zuhause (Burge et al., 2005). Für die Patienten der Gynäkologie verhält es sich umgekehrt (Burge et al., 2005). Zudem geben sie häufiger als die Patienten der Chirurgie und der Dermatologie an, den Ruf des Krankenhauses bei ihrer Entscheidung zu berücksichtigen (Lako & Rosenau, 2009). Für die Patienten der beiden letztgenannten Fachgebiete ist im Vergleich zu den Patienten der Gynäkologie der Hausarzt ein determinierender Faktor im Entscheidungsprozess (Lako & Rosenau, 2009). Weiterhin spielen Wartezeit und Erfahrungen von Freunden eine entscheidende Rolle für die Patienten der Chirurgie (Birk et al., 2011). Victoor et al. (2012) kommen in ihrer Übersichtsarbeit zu dem Schluss, dass neben den Fachgebieten auch die Erkrankungen und die Art der Eingriffe zu einem unterschiedlichen Vorgehen der Patienten bei der Krankenhauswahl führen.

Auch Patientencharakteristika determinieren, ob und wie Patienten wählen. Junge und gebildete Patienten übernehmen eine aktive Rolle im Krankenhauswahlprozess (Birk et al., 2011; Lako & Rosenau, 2009). Dementsprechend informieren sie sich viel und zeigen großes Interesse an Qualitätsberichten (Birk et al., 2011; Salampessy et al., 2020; Schneider & Epstein, 1998). Auch wohlhabende, privatversicherte und der Oberschicht zugehörige Patienten kennen Qualitätsberichte (Schneider & Epstein, 1998). Dementsprechend berücksichtigen gebildete und junge Patienten Ergebnisindikatoren, wie die Komplikationsrate, bei ihrer Entscheidung (Burge et al., 2005; Lako & Rosenau, 2009; Salampessy et al., 2020). Für gebildete und wohlhabende Patienten spielt zudem der Ruf des Krankenhauses und die Wartezeit eine entscheidende Rolle (Burge et al., 2005; Lako & Rosenau, 2009; Salampessy et al.,

2020). Ungebildete, alte, geringverdienende und gesetzlich versicherte Patienten geben häufig die Entfernung vom Zuhause als wichtiges Entscheidungskriterium an (Burge et al., 2005; Lako & Rosenau, 2009).

Sowohl bei erkrankten Patienten als auch bei gesunden Probanden beeinflusst das Geschlecht das Wahlverhalten (Fotaki et al., 2005; Kolstad & Chernen, 2009). Frauen zeigen häufiger ein Risiko-vermeidendes Verhalten als Männer (Rosen et al., 2003). Zudem geben sie einen höheren Informationsbedarf an, sind aktiver im Entscheidungsprozess und gehen qualitätsorientierter vor (Birk et al., 2011; de Cruppé & Geraedts, 2011; Geraedts & Amhof, 2008; van den Bos et al., 2013). So geben sie häufiger an, Qualitätsinformationen über das medizinische Leistungsspektrum, Qualifikationen des Personals und des Krankenhauses, Fallzahlen und Behandlungserfolge als relevant für die Entscheidung zu erachten (Geraedts & Amhof, 2008). Als Informationsquellen geben sie häufiger das Internet an (Bidmon & Terlutter, 2015). Männer hingegen geben häufiger als Frauen an, sich nirgendwo zu informieren (de Cruppé & Geraedts, 2011). Je jünger die Männer sind, desto häufiger geben sie das Internet als Informationsquelle an (Schaeffer, 2006).

Bei den Entscheidungskriterien geben Frauen häufiger an, die Entfernung vom Zuhause zu berücksichtigen (Birk et al., 2011; Burge et al., 2005; Geraedts, 2006; Geraedts & Amhof, 2008), wohingegen Männern die Wartezeit und der Stand der technischen Ausstattung wichtiger ist (Aggarwal et al., 2017; Birk et al., 2011; Burge et al., 2005). Als zusätzliches Entscheidungskriterium nennen Frauen häufiger die Empfehlung der behandelnden Ärzte (Geraedts & Amhof, 2008), wohingegen Männern der Ruf des Krankenhauses besonders wichtig ist (Aggarwal et al., 2018). Mit steigendem Alter und abnehmendem Einkommen gewinnt die Entfernung vom Zuhause bei Männern als Entscheidungskriterium an Bedeutung (Aggarwal et al., 2017, 2018). Gemäß den Ergebnissen von Geraedts und Amhof (2008) stellt das Geschlecht unter den soziodemografischen Variablen die stärkste Einflussgröße dar (Geraedts & Amhof, 2008). Im Gegensatz dazu beschreiben Victoor et al. (2012) das Wahlverhalten als Zusammenspiel der verschiedenen Patientencharakteristika und findet in ihrer Übersichtsarbeit nur wenige Hinweise für geschlechtsspezifische Unterschiede.

Zu den Patienten der Gynäkologie und der Geburtshilfe liegen bereits Studien zum Krankenhauswahlverhalten vor, die ein differenziertes Bild der zum größten Teil weiblichen Patienten ermöglichen. Das Fachgebiet betreut zwei heterogene Patientengruppen, die sich primär durch den Behandlungsanlass unterscheiden. So sind die Patienten der Gynäkologie meist aufgrund einer Erkrankung in stationärer Behandlung, wohingegen die Patienten der Geburtshilfe aufgrund einer



Schwangerschaft, meist ohne begleitende Erkrankung, stationär behandelt werden. Damit finden sich in diesem Fachgebiet zum einen krankheitsbedingt beeinträchtigte Patienten mittleren und höheren Alters und zum anderen gesunde Schwangere, jüngeren Alters (Statistisches Bundesamt, 2014). Dieses heterogene Patientenspektrum führt zu signifikanten Unterschieden (Lux et al., 2011). So nehmen Patienten der Geburtshilfe häufig sehr aktiv im Entscheidungsprozess teil (de Cruppé & Geraedts, 2011). Dies mag im Besonderen an der ihnen zur Verfügung stehenden Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt liegen (de Cruppé & Geraedts, 2011; Phibbs et al., 1993).

Neben den auch für Patienten anderer Fachgruppen beschriebenen Informationsquellen, wie Freunden, Familie und eigenen Vorkenntnissen sind für Patienten der Geburtshilfe krankenhausspezifische Informationsangebote wichtig (de Cruppé & Geraedts, 2011; Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Dazu zählen besonders Informationsveranstaltungen, bei denen sich die Patienten persönlich vor Ort über das Krankenhaus informieren können (de Cruppé & Geraedts, 2011; Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Auch das Internet spielt als potentielle Informationsquelle eine zunehmend wichtigere Rolle (Lux et al., 2011), um insbesondere über die Internetseite des Krankenhauses Informationen zu beziehen (Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Im Vergleich dazu ist für Patienten der Gynäkologie der Facharzt die wichtigste Informationsquelle (Lux et al., 2011). Gedruckte Informationen sind als potentielle Informationsquelle relevanter als Informationen aus dem Internet (Lux et al., 2011) und der Wunsch nach Informationen wird häufiger angegeben (Lux et al., 2011).

Bei den Patienten der Geburtshilfe spielen Ausstattungsmerkmale wie eine neonatologische Intensivstation eine entscheidende Rolle und werden häufiger als allgemein wichtige Entscheidungskriterien wie die Entfernung vom Zuhause berücksichtigt (Tayyari Dehbarez, Lou, et al., 2018; Tayyari Dehbarez, Raun Mørkbak, et al., 2018). Am wichtigsten sind für die Patienten die eigenen Vorerfahrungen (Lux et al., 2011; Tayyari Dehbarez, Lou, et al., 2018). Neben Qualitätsindikatoren wie der Mortalitätsrate oder der Häufigkeit der Behandlungsdurchführung werden Atmosphäre und Freundlichkeit des Krankenhauspersonals als wesentliche Kriterien im Entscheidungsprozess genannt (Lux et al., 2011; Phibbs et al., 1993; Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Für die Patienten der Gynäkologie sind die wichtigsten Entscheidungskriterien die Empfehlung des Facharztes, der Ruf des Krankenhauses, die Entfernung vom Zuhause und Ergebnisindikatoren (Burge et al., 2005; Keating et al., 2016; Lako & Rosenau, 2009; Lux et al., 2011; Salampessy et al., 2020).

Innerhalb der beiden Subgruppen des Fachbereiches Gynäkologie und Geburtshilfe zeigen sich soziodemografische Unterschiede. So wählen privatversicherte und ältere

Patienten der Gynäkologie das Krankenhaus vermehrt auf Basis von Qualitätsindikatoren (Phibbs et al., 1993; Salampessy et al., 2020) und weniger aufgrund der Entfernung vom Zuhause aus (Phibbs et al., 1993). Bei Patienten der Geburtshilfe beeinflusst hingegen der Bildungsstand den Wunsch nach Spezialisierung des Krankenhauses und Kontinuität der Betreuung (Tayyari Dehbarz, Raun Mørkbak, et al., 2018).

Die vorliegenden Forschungsergebnisse liefern bereits wichtige Erkenntnisse zur Krankenhauswahl. Für das deutsche Gesundheitssystem liegen jedoch noch keine Arbeiten vor, die Daten an einer repräsentativen Stichprobe stationärer Patienten, eingriffs- und diagnoseübergreifend, vergleichend nach Fachgebieten und unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes, zur Krankenhauswahl erheben. Das Ziel dieser Dissertation ist es deshalb, mögliche Unterschiede und Gemeinsamkeiten im Vorgehen bei der Krankenhauswahl zwischen Patienten in Abhängigkeit ihres Gesundheitszustandes und ihrer Lebenssituation zu untersuchen. Dementsprechend sind die Teilnehmer für den Vergleich in drei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe umfasst die Patienten aus Fachgebieten, die selber unmittelbar erkrankt sind, dazu zählen die Innere Medizin, die Chirurgie, die Gynäkologie, die Psychiatrie, die Orthopädie, die Neurologie, die Urologie, die HNO und die Geriatrie. Die zweite Gruppe umfasst die gesunden Patienten der Geburtshilfe und die dritte Gruppe die gesunden Eltern von Kindern, die in der Pädiatrie stationär behandelt werden. Zudem wird ein vertiefender Vergleich zwischen Männern und Frauen, die direkt erkrankt sind, durchgeführt, um mögliche Geschlechterunterschiede bei der Krankenhauswahl zu beschreiben. Zusätzlich erfolgt ein weiterer vertiefender Vergleich zwischen den Patienten in den beiden Teilfachgebieten der Gynäkologie und der Geburtshilfe, um ohne Einfluss von Geschlechtsunterschieden das Krankenhauswahlverhalten zwischen gesunden Frauen der Geburtshilfe und erkrankten Frauen der Gynäkologie zu untersuchen. Die Datenerhebung an Patienten und Eltern pädiatrischer Patienten in der Behandlungssituation soll Rückschlüsse über die situative Vorgehensweise in der Krankenhauswahl liefern. Die so gewonnenen Erkenntnisse sollen Behandlern eine spezifischere Unterstützung der einzelnen Patientengruppen bei der Krankenhauswahl ermöglichen.

Folgende Arbeitshypothesen sollen untersucht werden:

1. Zwischen erkrankten Patienten, gesunden Patienten und Eltern pädiatrischer Patienten bestehen Unterschiede bei der Krankenhauswahl, die auf den Gesundheitszustand und die Lebenssituation zurückzuführen sind.
2. Zwischen den erkrankten Patienten bestehen Unterschiede bei der Krankenhauswahl, die auf das Fachgebiet zurückzuführen sind.
3. Zwischen den erkrankten Patienten bestehen Unterschiede bei der Krankenhauswahl, die auf das Geschlecht zurückzuführen sind.
4. Zwischen den erkrankten Frauen der Gynäkologie und den gesunden Frauen der Geburtshilfe bestehen Unterschiede bei der Krankenhauswahl, die auf den Gesundheitszustand zurückzuführen sind.
5. Die verfügbare Zeit vor Aufnahme beeinflusst die Nutzung von Informationsquellen und die Berücksichtigung von Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl.
6. Die soziodemografischen Merkmale Geschlecht, Alter, Sozialschicht und Migrationsstatus beeinflussen die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus entscheiden zu können.
7. Die Aufnahmesituation, bestehende Erkrankungen und Vorerfahrungen beeinflussen die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus entscheiden zu können.

## 3 Material und Methoden

### 3.1 Design

Bei der hier vorliegenden Studie handelt es sich um eine querschnittliche Beobachtungsstudie. Die Datenbasis umfasst quantitative Primärdaten. Diese Daten wurden multizentrisch und mit Hilfe eines Fragebogens an vollstationären Krankenhauspatienten erhoben. Insgesamt handelt es sich um Angaben von 2368 Personen, von denen 1925 als Teilnehmer den Fragebogen ausgefüllt haben. Die Studie bezieht sich auf alle im Jahr 2012 in Deutschland vollstationär aufgenommenen Patienten. Diese Grundgesamtheit umfasste im Erhebungsjahr 2012 gemäß den Daten des Statistischen Bundesamtes rund 18,6 Millionen Personen (Statistisches Bundesamt, 2014).

### 3.2 Grundgesamtheit

Bei der vorliegenden Stichprobe der 2368 Patienten handelt es sich um eine disproportional geschichtete Zufallsstichprobe. Dabei wurden im Bundesland Nordrhein-Westfalen in den Städten Hagen, Winterberg, Köln, Hamm, Wuppertal, Bergisch-Gladbach, Herdecke, Witten, Schwelm, Borken, Datteln, Dortmund, Prüm und Velbert sowie im rheinlandpfälzischen Gerolstein die Patienten der Stichprobe befragt. Das Bundesland Nordrhein-Westfalen ist das einwohnerreichste Bundesland Deutschlands mit insgesamt 17,5 Millionen Einwohnern im Erhebungsjahr 2012 (Eurostat, 2020). Dies entspricht 22% der Population der Bundesrepublik Deutschland. Im bundesweiten Vergleich finden sich dort sowohl die meisten Krankenhäuser einhergehend mit der höchsten Bettenzahl sowie den höchsten Fallzahlen mit insgesamt 4,4 Millionen Patienten im Erhebungsjahr 2012 (Statistisches Bundesamt, 2014). Die Befragung fand in 46 Fachabteilungen von insgesamt 17 verschiedenen Krankenhäusern statt. Durchschnittlich wurden pro Fachabteilung jeweils etwa 50 konsekutiv aufgenommene Patienten befragt. Um eine möglichst repräsentative Stichprobe aus der Grundgesamtheit für die Studie zu erreichen, erfolgte die Erhebung in Krankenhäusern in unterschiedlichen Raumordnungsstrukturen. Die Zusammensetzung der Krankenhäuser für die Patientenstichprobe berücksichtigt die bundesweite Verteilung der Krankenhäuser nach Versorgungsstufe und die medizinischen Fachabteilungen.

### 3.3 Schichtungskriterien

Die Repräsentativität der Krankenhäuser in der Stichprobe wird durch die Verteilung der beiden Merkmale medizinisches Fachgebiet und Versorgungsstufe gemäß der

bundesweiten Verteilung abgebildet. Daher erfolgt eine Schichtung der Stichprobe nach diesen Merkmalen.

Das Schichtungskriterium Versorgungsstufe unterteilt die in die Studie einbezogenen Krankenhäuser in drei verschiedene Stufen. Die Versorgungsstufe wird hier operationalisiert über die Bettengröße eines Krankenhauses festgelegt. Die Regelversorgung bildet die erste Stufe und umfasst alle Krankenhäuser mit einer Bettengröße bis zu 200 Betten, gefolgt von der Schwerpunktversorgung als zweite Stufe mit einer Bettengröße von 200 bis 499 Betten. Die dritte Stufe bildet die Maximalversorgung. Krankenhäuser dieser Stufe weisen eine Bettengröße von über 499 Betten auf.

Für das Schichtungskriterium medizinisches Fachgebiet berücksichtigt die Studie 11 Fachgebiete. Dies sind die aufnahmestärksten Fachgebiete und umfassten im Erhebungsjahr 2012 91,9% aller vollstationären Patientenaufnahmen in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2014). Zu diesen Fachgebieten zählen die Innere Medizin, die Chirurgie, die Gynäkologie, die Geburtshilfe, die Pädiatrie, die Psychiatrie, die Orthopädie, die Neurologie, die Urologie, die HNO und die Geriatrie. Zu den unberücksichtigten Disziplinen zählen im Wesentlichen die Dermatologie, die Neurochirurgie, die Augenheilkunde, die Herzchirurgie, die Kinderchirurgie, die Nuklearmedizin, die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, die Plastische Chirurgie und die Strahlentherapie. Zusammen umfassten die unberücksichtigten Fachgebiete im Erhebungsjahr 8,1% der vollstationär aufgenommenen Patienten in Deutschland (Statistisches Bundesamt, 2014).

Für jedes der oben genannten 11 Fachgebiete gingen jeweils zwei Fachabteilungen verschiedener Krankenhäuser ein, die der Versorgungsstufe der Schwerpunktversorgung oder der Maximalversorgung angehören. Eine Ausnahme bildete das Fachgebiet der HNO. Dieses berücksichtigt die Studie aus erhebungspraktischen Gründen nur in der Versorgungsstufe der Maximalversorgung. Die Versorgungsstufe der Regelversorgung wird durch drei Krankenhäuser in den Städten Prüm, Gerolstein und Winterberg mit zusammen je 2 Fachabteilungen der Fachgebiete Innere Medizin und Chirurgie in der Erhebung berücksichtigt.

### **3.4 Analysegruppen**

Zur Untersuchung der Arbeitshypothesen wurden aus der Gesamtstichprobe zunächst drei Teilstichproben gemäß der jeweils zugrundeliegenden Krankheitssituation der einzelnen Teilnehmer nach dem Kriterium Fachgebietszugehörigkeit gebildet (Tabelle 1). Die Teilstichproben gliedern sich in (1.) Patienten aus Fachgebieten, die selber

unmittelbar erkrankt sind, (2.) Eltern von Kindern, die in der Pädiatrie stationär behandelt werden, (3.) und gesunde Patienten der Geburtshilfe.

**Tabelle 1: Übersicht der 3 Teilstichproben nach Krankheitssituation**

	<b>erkrankte Patienten</b>	<b>Eltern pädiatrischer Patienten</b>	<b>gesunde Patienten</b>
<b>Teilnehmer n =</b>	1736	197	173
<b>Beschreibung</b>	Patienten, die aufgrund einer Erkrankung stationär behandelt werden	Eltern, deren Kinder stationär behandelt werden und die selbst primär gesund sind	Patienten, die aufgrund einer Schwangerschaft stationär behandelt werden und primär gesund sind
<b>Fachgebiet(e)</b>	Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Urologie, HNO, Geriatrie	Pädiatrie	Geburtshilfe
<b>Krankenhäuser n =</b>	16	4	4
<b>Versorgungsstufen</b>	Maximal-, Schwerpunkt-, Regelversorgung	Schwerpunkt-, Regelversorgung,	Schwerpunkt-, Regelversorgung,

**Tabelle 2: Übersicht der erkrankten Patienten nach Geschlecht**

	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>
<b>Teilnehmer n =</b>	924	811
<b>Beschreibung</b>	weibliche Patienten, die aufgrund einer Erkrankung stationär behandelt werden	männliche Patienten, die aufgrund einer Erkrankung stationär behandelt werden
<b>Fachgebiete</b>	Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Urologie, HNO, Geriatrie	
<b>Krankenhäuser n =</b>	16	15
<b>Versorgungsstufen</b>	Maximal-, Schwerpunkt-, Regelversorgung	Maximal-, Schwerpunkt-, Regelversorgung

Die erste Teilstichprobe umfasst alle Teilnehmer, die selber aufgrund einer Erkrankung stationär behandelt werden. Dazu zählen alle 1736 Patienten aus den Fachgebieten Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Urologie, HNO und Geriatrie. Diese Teilstichprobe verteilt sich auf 16 Krankenhäuser in den Städten Hagen, Winterberg, Köln, Hamm, Wuppertal, Bergisch-Gladbach, Herdecke, Witten, Schwelm, Borken, Dortmund, Prüm, Velbert und Gerolstein. 3 der Krankenhäuser zählen zur Versorgungsstufe der Regelversorgung, 6 zur Schwerpunktversorgung und 7 zur Maximalversorgung. Insgesamt versorgen die Krankenhäuser gemäß ihren Angaben in den Krankenhausqualitätsberichten pro Jahr zwischen 1600 und 15000 Patienten in den einzelnen oben aufgeführten Fachgebieten vollstationär. An dieser Teilstichprobe werden auch die geschlechtsspezifischen Unterschiede zwischen vollstationär behandelten Frauen und Männer untersucht.

Die zweite Teilstichprobe umfasst die 197 Patienten der Pädiatrie. Die Teilstichprobe repräsentiert die Angehörigen der Kinder, die als gesunde Teilnehmer, jedoch mit Verantwortung für ihre erkrankten Kinder, die Krankenhauswahl getroffen haben und für diese auch den Fragebogen zur Krankenhauswahl ausfüllten. Die Teilstichprobe umfasst 4 Krankenhäuser in den Städten Wuppertal, Schwelm, Witten und Datteln. Jährlich versorgen diese 4 Krankenhäuser gemäß ihrer Qualitätsberichtsangaben jeweils zwischen 1700 und 9000 pädiatrische Patienten vollstationär.

Die dritte Teilstichprobe umfasst die grundsätzlich als gesund betrachteten 173 Patienten des Teilfachgebietes der Geburtshilfe. Insgesamt verteilen sich die Patienten der Geburtshilfe auf 4 Krankenhäuser in den Städten Witten, Dortmund, Hagen und Borken. 2 dieser Krankenhäuser zählen zur Schwerpunktversorgung. Die anderen beiden Krankenhäuser zählen zur Maximalversorgung. 3 der 4 Krankenhäuser liegen in verschiedenen städtischen Regionen des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen. Das vierte Krankenhaus liegt in einer ländlichen Region des Bundeslandes Nordrhein-Westfalen. Pro Jahr geben diese 4 Krankenhäuser in ihren Qualitätsberichten jeweils zwischen 1500 und 6000 vollstationäre Patienten im Fachgebiet Gynäkologie und Geburtshilfe an.

Für den geschlechtsunabhängigen Vergleich erkrankter und gesunder Patienten werden die Patientinnen der Geburtshilfe mit denen Gynäkologie verglichen, wozu als zusätzliche vierte Teilstichprobe die erkrankten Patienten der Gynäkologie gebildet wurde (Tabelle 3). Diese Teilstichprobe umfasst 162 Patienten. Die Verteilung nach Krankenhäusern entspricht der Verteilung in der Teilstichprobe der Geburtshilfe.

**Tabelle 3: Übersicht der erkrankten und gesunden Patienten ohne Fachgebiets- und Geschlechtseinfluss**

	<b>Gynäkologie</b>	<b>Geburtshilfe</b>
<b>Teilnehmer n =</b>	1736	173
<b>Beschreibung</b>	weibliche Patienten, die aufgrund einer Erkrankung stationär behandelt werden	weibliche Patienten, die aufgrund einer Schwangerschaft stationär behandelt werden und primär gesund sind
<b>Fachgebiet</b>	Gynäkologie	Geburtshilfe
<b>Krankenhäuser n =</b>	4	4
<b>Versorgungsstufen</b>	Schwerpunkt-, Regelversorgung	Schwerpunkt-, Regelversorgung

### 3.5 Erhebungsinstrument

Der zur Erhebung eingesetzte Fragebogen entstammt einem Vorläuferprojekt (de Cruppé & Geraedts, 2011). Er wurde für die hier vorliegende Studie weiterentwickelt und durchlief zwei weitere Vortestungen. Diese weiterentwickelte Version des Fragebogens umfasst insgesamt 48 Fragen.

Die Fragetypen reichen von Mehrfachwahlfragen über Einfachwahlfragen, Skalenfragen, Maßzahlfragen bis hin zu offenen Fragen, bei denen die Teilnehmer die Möglichkeit haben, ihre Antworten frei formulieren zu können. Die Teilnehmer können bei der Beantwortung von Mehrfachwahlfragen des Fragebogens alle Antwortmöglichkeiten, die für sie zutreffend sind, ohne eine obere Begrenzung der Anzahl von Angaben, ankreuzen. Sie müssen dabei nicht jede einzelne Antwortmöglichkeit als für sich zutreffend oder nicht-zutreffend bewerten.

Inhaltlich erhebt der Fragebogen Informationen über verschiedene Aspekte des Krankenhauswahlverhaltens und zu persönlichen Merkmalen der Teilnehmer. Themen sind die persönliche Vorkenntnis des Krankenhauses, die Erreichbarkeit des Krankenhauses, der Aufnahmekontext, das Informationsverhalten, die Internetnutzung und gewünschte zukünftige Informationsquellen. Zudem werden Angaben zu tatsächlich genutzten Informationsquellen (ausschließlich eigene Vorkenntnis, nirgendwo informiert, Hausarzt, Facharzt, Krankenhausambulanz, Angehörige/Freunde/Bekannte, Informationsveranstaltungen, Internet, Broschüren, Tageszeitungen, Krankenkassen, Patientenverbände, Selbsthilfegruppen, Verbraucherberatungen, Krankenhausbesichtigungen, Andere) und Entscheidungskriterien (Vorerfahrungen, Einbeziehung der Patienten in die Behandlung, wie viel Zeit Ärzte für Patienten haben, Empfehlungen von Freunden/Bekannten/Verwandten, Empfehlungen behandelnder Ärzte, Ruf des Krankenhauses, Zufriedenheitsbewertungen, Erreichbarkeit, Entfernung vom Zuhause, Wartezeiten, Stand der Technik, Mortalitätsrate, Behandlungserfolge, Komplikationsrate, leitliniengerechte Behandlung, Häufigkeit der Durchführungen, Entzündungsrate, Hygiene, Andere) erhoben.

Die soziodemografischen Angaben umfassen Alter, Geschlecht, Migrationsstatus und Sozialschicht, letztere gebildet aus Berufsbildungsabschluss, Berufsposition, Einkommen und Haushaltsgröße. Nähere Angaben können dem im Anhang beigefügten Fragebogen entnommen werden.

Der Fragebogen kann durch die Patienten selbstständig ausgefüllt werden. Es besteht auch die Möglichkeit, den Fragebogen mit Hilfe eines Interviewers auszufüllen. Für den Fachbereich der Pädiatrie ist der Fragebogen auf die Eltern als Ausfüller angepasst. Die Angaben zu Alter, Geschlecht und Migrationsstatus beziehen sich in dieser



Fragebogenversion auf die Kinder als Patienten. Der sozioökonomische Status bezieht sich hingegen auf den ausfüllenden Elternteil.

### **3.6 Datenerhebung**

Die einzelnen Krankenhäuser wurden kontaktiert und um eine Teilnahme gebeten. Anschließend wurden die betreffenden Stationen informiert und die Datenerhebung durchgeführt.

Die zwei Interviewer erhielten vor der Befragung der Patienten drei Interviewtrainings zur Standardisierung des Ablaufes. Anschließend wurden die jeweiligen Stationsteams der einzelnen Abteilungen und die betreffenden Patienten kontaktiert. Dies geschah unter Einhaltung eines einheitlichen Protokolls. Zwischen Januar 2012 und März 2013 erfolgte die Erhebung der Daten.

Da der Fragebogen die Krankenhauswahl einheitlich in den unterschiedlichen Fachgebieten erhebt (de Cruppé & Geraedts, 2011), enthält er keine fachgebiets-spezifischen Fragen zur Krankenhauswahl. Somit liegen beispielsweise für die Teilstichprobe der Patienten der Geburtshilfe keine Angaben zu geburtshilflichen Themen vor, wie etwa zur Frage nach der spezifischen Bedeutung verschiedener Geburtsorte, nach dem Stellenwert einer Hebamme in der Schwangerschaftsbegleitung oder nach der gewünschten Entbindungsart der Patienten.

### **3.7 Statistische Auswertung**

#### **3.7.1 Zusätzliche Variablen**

Auf Basis der erhobenen Daten wurden zunächst der sozioökonomische Status und der Migrationshintergrund für jeden Patienten ermittelt. Der sozioökonomische Status wird unter Einbeziehung von Berufsabschluss, Berufsposition, Haushaltsgröße und -einkommen berechnet (Böcken et al., 2013). Der Migrationshintergrund richtet sich nach der Definition des Zensus des Statistischen Bundesamtes im Erhebungsjahr 2012 (Statistisches Bundesamt, 2013). Die chronische Erkrankung wird in dieser Studie durch ein Zusammenspiel von je 3 Kriterien aus Behandlersicht (klassische Indexdiagnose wie beispielsweise Herz-Kreislauferkrankung, Lungenerkrankung, Stoffwechselstörung, Krebserkrankung, neurologische oder psychische Störung; andere lang andauernde Krankheit, Dauermedikation über mehr als 6 Monate) und aus Patientensicht (Selbstangabe einer klassischen Indexdiagnose wie beispielsweise Herz-Kreislauferkrankung, Lungenerkrankung, Stoffwechselstörung, Krebserkrankung, neurologische oder psychische Störung; Selbsteinschätzung über eine länger als sechsmonatige behandlungsbedürftige Krankheit, Dauermedikation über mehr als 6

Monate) definiert. Die genaue Erhebung kann den Fragen 30 bis 33 des Erhebungsbogens im Anhang entnommen werden. Als chronisch krank werden diejenigen bezeichnet, die alle 6 Kriterien erfüllen. Nicht chronisch krank sind die Patienten, die keines der 6 Kriterien erfüllen. Fälle mit 1 bis 5 Kriterien sind zufallsgezogen proportional auf chronisch und nicht chronisch Kranke verteilt.

### **3.7.2 Gewichtung**

Da die Verteilung der Patienten in den Fachgebieten von der bundesweiten Verteilung abweicht, wurden die erhobenen Daten mittels Gewichtungsfaktor so nach Fachgebieten gewichtet, dass sie der bundesdeutschen Verteilung entsprechen (Tabelle 4). Die Analysen der Gesamtstichprobe, der Gruppenvergleiche nach Gesundheitszustand und nach Geschlecht erfolgen gewichtet und beziehen sich damit auf die Verteilung der Gesamtstichprobe und der Grundgesamtheit aller vollstationären Patienten. Der Vergleich der Teilgruppe gynäkologischer und geburtshilflicher Patienten erfolgt ungewichtet, da sie nicht für die Gesamtheit der vollstationären Patienten stehen, sondern nur für das jeweilige (Sub-)Fachgebiet. Die logistischen Regressionsanalysen erfolgen ungewichtet.

### **3.7.3 Analyseverfahren**

Die Auswertung der mit dem Fragebogen erhobenen Daten erfolgte zunächst deskriptiv tabellarisch für die Gesamtstichprobe, anschließend untergliedert nach den Teilstichproben mittels Kreuztabellen, um so die Ausprägungen und ihre Unterschiede zwischen den Gruppen darzustellen.

Dann erfolgte die inferenzstatistische Auswertung, um Gruppenvergleiche teststatistisch zu überprüfen. Hierzu wurde der Chi-Quadrat-Test nach Pearson verwendet. Eine ausreichende Stichprobengröße, das Vorliegen der Variablen in kategorialer Form, mehr als 5 erwartete Nennungen pro Zelle und mindestens zwei Freiheitsgrade sind als Voraussetzung für den Chi-Quadrat-Test erfüllt.

Merkmale, deren Variablen im Gruppenvergleich eine oder mehrere Gruppen mit weniger als 5 Merkmalsträgern aufweisen, wurden nicht teststatistisch überprüft, erkennbar am fehlenden p-Wert in der entsprechenden Tabellenzeile.

Als inhaltliche Zielvariablen der Arbeitshypothesen zu den Informationsquellen und den Entscheidungskriterien wurden 17 Informationsquellen und 21 Entscheidungskriterien erhoben und bei ausreichender Fallzahl in den jeweiligen Gruppenvergleichen mit Chi-Quadrat-Tests überprüft. Da die teststatistischen Auswertungen zu den Informationsquellen und den Entscheidungskriterien explorativ und damit

hypothesengenerierend und nicht konfirmatorisch sind, werden die Testergebnisse zu den Informationsquellen und den Entscheidungskriterien in Bezug auf ein Signifikanzniveau  $\alpha$  von 0,05 interpretiert, obwohl das Signifikanzniveau  $\alpha$  bei Berücksichtigung des multiplen Testens durch eine Bonferroni-Korrektur bei unter 0,0007 liegt.

Zur inferenzstatistischen Auswertung der Signifikanz der Mittelwerte der metrischen Variable „Entfernung vom Zuhause“ wurden der t-Test bei der Untersuchung zweier unabhängiger Stichproben (Tabelle 20, Tabelle 25) und die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) bei der Untersuchung von 9 beziehungsweise 3 unabhängigen Stichproben (Tabelle 10, Tabelle 15) eingesetzt. Die Voraussetzungen für die Durchführung des t-Tests und der einfaktoriellen Varianzanalyse sind erfüllt, da die abhängige Variable „Entfernung vom Zuhause in Minuten“ intervallskaliert ist und das Streumaß der unabhängigen Stichproben „Fachgebiet“ und „Geschlecht“ homogen ist, beziehungsweise bei Heterogenität mit Hilfe des Welch-Tests korrigiert wurde. Das Signifikanzniveau legen wir auch hier aufgrund des explorativen und hypothesengenerierenden Auswertungsziels mit  $p < 0,05$  fest.

Zur Untersuchung der Arbeitshypothese bezüglich des Einflusses soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu entscheiden, wurden logistische Regressionsanalysen unter Beachtung wechselseitiger Variableninteraktionen eingesetzt. Die abhängige Variable für diese Berechnungen ist die kategoriale Variable „Entscheider über das Krankenhaus“ mit den beiden Ausprägungen „Patient entscheidet selbst“ und „Andere entscheiden“.

In einem ersten Modell, genannt soziodemografisches Modell, wurde überprüft, welchen Einfluss die 4 soziodemografischen Faktoren (Geschlecht, Alter, soziale Schicht, Migrationsstatus) auf den Entscheider über das Krankenhaus nehmen. Dementsprechend gingen die 4 soziodemografischen Angaben als unabhängige Variablen in die Berechnungen ein. Das Alter ist als metrische Variable eingeflossen, das Geschlecht (Frauen, Männer), der sozioökonomische Status (Unter-, Mittel-, Oberschicht) und der Migrationsstatus (mit oder ohne Migrationshintergrund) kategorial. Zudem wurden die Interaktionen zwischen den kategorialen Variablen (Migrationshintergrund mit Geschlecht, Migrationshintergrund mit sozialer Schicht, Geschlecht mit sozialer Schicht) berücksichtigt.

In einem zweiten Modell, genannt komplexes Modell, wurde zusätzlich zu den 4 soziodemografischen Merkmalen der Einfluss von Merkmalen der Aufnahmesituation auf den Entscheider über das Krankenhaus untersucht. Hierzu sind als weitere

Merkmale die „Zeit vor Aufnahme“ (kategorial: 0-1 Tag, >1 Tage), „Versorgungsstufe“ (kategorial: Regelversorgung <200 Betten, Schwerpunktversorgung 200-499 Betten, Maximalversorgung >499 Betten), „Anzahl der Krankenhausvoraufenthalte“ (kategorial: noch nie, 1 bis 5 mal, öfter als 5 mal), „Zeitpunkt des letzten Krankenhausaufenthaltes“ (kategorial: nie+>12 Monate, <12 Monate), „Voraufenthalt im selben Krankenhaus“ (kategorial: ja, nein) „Fachgebiet“ (kategorial: Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Urologie, HNO, Geriatrie), „Krankenhauseinfluss über 15%“ (kategorial: KH Differenz < 15%, KH Differenz >15%) und „chronische Erkrankung“ (kategorial: chronisch krank, nicht chronisch krank) in das Modell mit eingeflossen. Die Variable Alter (0-59 Jahre, 60 Jahre und älter) floss im Unterschied zum soziodemografischen Modell kategorial ein. Entsprechend dem soziodemografischen Modell wurden die Interaktionen zwischen den kategorialen, soziodemografischen Variablen berücksichtigt (Alter mit Geschlecht, Alter mit Migrationshintergrund, Alter mit sozialer Schicht, Migrationshintergrund mit Geschlecht, Migrationshintergrund mit sozialer Schicht, Geschlecht mit sozialer Schicht). Die Voraussetzungen für die logistischen Regressionsanalysen sind erfüllt, da die abhängige Variable dichotom ist, die unabhängigen Variablen metrisch oder kategorial sind und die Gruppengröße über 25 liegt. Zur Bestimmung der Signifikanz der Modelle wurden die p-Werte und die Wertebereiche der Konfidenzintervalle herangezogen. Das angegebene Konfidenzintervall liegt für das soziodemografische Modell bei 95% und für das komplexe Modell, aufgrund des multiplen Testens, bei 99%. Die Berechnung der Modellgüte erfolgte mit Hilfe des Nagelkerk'schen R-Quadrats. Zur Interpretation der Modellgüte wurde im letzten Schritt der statistischen Auswertung aufgrund der unterschiedlichen Gruppengrößen die Effektstärke nach Cohen aus dem Nagelkerk'schen R-Quadrat berechnet und gemäß Cohens Einteilung von 1988 interpretiert. Die Einteilung definiert 3 Wertebereiche der Effektstärke. So liegt eine Effektstärke von 0,02 im schwachen, eine Effektstärke von 0,15 im mittleren und eine Effektstärke von 0,35 im starken Wertebereich.

#### **3.7.4 Analysesoftware**

Die gesamte teststatistische Auswertung erfolgte mit Hilfe des IBM Programmes SPSS Version 25.

#### **3.7.5 Ethikvotum**

Die Studie erhielt von der Ethikkommission der Universität Witten/Herdecke ein positives Votum (Nr.95/2010).

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Gesamtstichprobe

Die untersuchte Stichprobe umfasst 1925 der 2368 im Erhebungszeitraum konsekutiv aufgenommenen Patienten (Teilnahmequote 81,3%) (Tabelle 4). Für die Auswertungen mit Bezug zur Gesamtstichprobe wurde ausgehend von der Teilnehmerzahl je Fachgebiet der Gewichtungsfaktor je Fachgebiet in Bezug auf die bundesweite Verteilung der Patienten nach Fachgebiet im Jahr 2012 berechnet (Tabelle 4). Alle nachfolgenden Ergebnisse zur Gesamtstichprobe sind damit gewichtet.

Gründe für die Nichtteilnahme der 18,7% der gesamten Studienpopulation sind (Tabelle 5): eine dauerhafte Beeinträchtigung (6%), eine momentane Beeinträchtigung (5%), Entlassung (4%), Erhebungsende bevor kontaktierbar (2%) sowie Fragebogen nicht abgegeben (1%), Teilnahme abgelehnt (1%) oder zu geringe Deutschkenntnisse (1%). Der Fragebogen wurde von 22% der Teilnehmer selbstständig und von 78% zusammen mit einem Interviewer ausgefüllt.

**Tabelle 4: Teilnehmer, Nicht-Teilnehmer und bundesdeutsche Grundgesamtheit vollstationärer Krankenhausfälle im Jahr 2012 und nach berücksichtigten Fachgebieten gewichtete Stichprobe**

Fachgebiet	Teilnehmer und Nicht-Teilnehmer					alle vollstationären Fälle in Deutschland	Gewichtungs-faktor je Fachgebiet	gewichtete Teilnehmer der Stichprobe	
	alle	Teilnehmer		Nicht-Teilnehmer					
	n	n	%	n	%	n		n	%
Innere	351	263	74,9	88	25,1	6.731.730	2,8798	758	39,4
Chirurgie	295	255	86,4	40	13,6	3.892.125	1,7172	438	22,8
Gynäkologie	182	164	90,1	18	9,9	836.815	0,5741	94	4,9
Geburtshilfe	197	173	87,8	24	12,2	783.858	0,5098	88	4,6
Pädiatrie	221	197	89,1	24	10,9	899.720	0,5138	101	5,2
Psychiatrie	176	102	58,0	74	42,0	819.951	0,9044	92	4,8
Orthopädie	196	177	90,3	19	9,7	794.376	0,5049	89	4,6
Neurologie	227	177	78,0	50	22,0	828.473	0,5266	93	4,8
Urologie	196	174	88,8	22	11,2	739.578	0,4782	83	4,3
HNO	117	88	75,2	29	24,8	581.619	0,7436	66	3,4
Geriatrie	210	155	73,8	55	26,2	201.625	0,1464	23	1,2
Gesamt	2368	1925	81,3	443	18,7	17.109.870		1925	100

**Tabelle 5: Gründe zur Nichtteilnahme der Gesamtstichprobe**

Nicht-Teilnahmegründe	Gesamtstichprobe n = 2368			
	Teilnehmer		Nicht-Teilnehmer	
	n	%	n	%
keine	1925	81,3	0	
dauerhaft beeinträchtigt			138	5,8
momentan beeinträchtigt			111	4,7
zu geringe deutsche Sprachkenntnisse			23	1,0
lehnt Teilnahme ab			24	1,0
entlassen bevor kontaktierbar			75	3,2
Fragebogen bei Entlassung nicht abgegeben			37	1,6
Erhebungsende und Patient nicht kontaktiert			35	1,5
<b>Gesamt</b>	1925	81,3	443	18,7

#### 4.1.1 Soziodemografie (Tabelle 6)

Die Patienten der Gesamtstichprobe sind zu 50% über 70 Jahre alt, zu 55% weiblich, 18% haben einen Migrationshintergrund und 90% sind gesetzlich versichert.

**Tabelle 6: Soziodemografie der Gesamtstichprobe**

	Gesamtstichprobe
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	1925
<b>Alter n =</b>	1924
0-24	8,9 %
25-29	3,6 %
30-39	7,9 %
40-49	9,4 %
50-59	14,9 %
60-69	14,8 %
70-79	24,3 %
80-89	13,4 %
90 oder älter	2,7 %
<b>Geschlecht n =</b>	1924
männlich	45,0%
weiblich	55,0 %
<b>Migrationsstatus n =</b>	1905
ohne Migrationshintergrund	81,7 %
mit Migrationshintergrund	18,3 %
<b>sozioökonomischer Status n =</b>	1844
Oberschicht	11,1 %
Mittelschicht	40,7 %
Unterschicht	48,2 %
<b>Krankenversicherung n =</b>	1919
gesetzlich versichert	89,7 %
gesetzlich und privat zusatzversichert	4,9 %
privat vollversichert	4,6 %
Beihilfe	0,8 %

#### 4.1.2 Aufnahmekontext (Tabelle 7)

Zwei Drittel der Patienten der Gesamtstichprobe entscheiden selbst über das Krankenhaus. 50% werden am gleichen Tag aufgenommen. 77% geben an chronisch krank zu sein. Im Mittel brauchen die Patienten 21 Minuten vom Zuhause zum Krankenhaus.

**Tabelle 7: Aufnahmekontext der Gesamtstichprobe**

	<b>Gesamtstichprobe</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	1925
<b>Krankenhausversorgungsstufe n =</b>	1925
Regelversorger (< 200 Betten)	19,1 %
Schwerpunktversorger (200 – 499 Betten)	40,9 %
Maximalversorger (> 499 Betten)	40,0 %
<b>Entscheider über das Krankenhaus n =</b>	1918
Patient	63,0 %
andere Person	37,0 %
<b>Zeit vor Aufnahme n =</b>	1921
Aufnahme am gleichen Tag	51,0 %
Aufnahme am nächsten Tag	4,7 %
2-7 Tage	22,7 %
7-28 Tage	15,5 %
mehr als 4 Wochen	5,6 %
weiß nicht	0,5 %
<b>Wochentag der Aufnahme n =</b>	1918
Montag	21,8 %
Dienstag	18,2 %
Mittwoch	17,5 %
Donnerstag	15,8 %
Freitag	12,5 %
Samstag	6,5 %
Sonntag	7,8 %
<b>Entfernung vom Zuhause zum Krankenhaus in Fahrminuten n =</b>	1899
Mittelwert	21,4 Min
Standardabweichung	16,7
<b>Aufnahmesituation n =</b>	1925
akut	56,3 %
elektiv	43,7 %
<b>chronische Erkrankung n =</b>	1925
ja	77,1 %
nein	22,9 %

#### 4.1.3 Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 8)

94% der Patienten waren bereits einmal in einem Krankenhaus. Bei 48% liegt der letzte Krankenhausaufenthalt weniger als 1 Jahr zurück. Zwei Drittel der Patienten waren bereits im selben Krankenhaus stationär, davon zwei Drittel in derselben Fachabteilung, und 94% geben an (sehr) zufrieden mit der Versorgung gewesen zu sein.

**Tabelle 8: Krankenhausvorerfahrung der Gesamtstichprobe**

	<b>Gesamtstichprobe</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	1925
<b>Anzahl vorheriger KH-Aufenthalte n =</b>	1921
noch nie	6,4 %
1- bis 5-mal	41,8 %
öfter als 5-mal	51,8 %
<b>Zeitpunkt letzter KH-Aufenthalt n =</b>	1911
in den letzten 12 Monaten	47,5 %
nie oder vor mehr als 12 Monaten	52,5 %
<b>Voraufenthalt in diesem Krankenhaus n =</b>	1923
ja	64,5 %
nein	35,5 %
<b>Voraufenthalt in dieser Fachabteilung (bei Voraufenthalt in diesem Krankenhaus) n =</b>	1214
ja	67,7 %
nein	32,3 %
<b>Zufriedenheit mit diesem Krankenhaus beim letzten Aufenthalt n =</b>	1219
sehr zufrieden	40,4 %
zufrieden	54,0 %
weniger zufrieden	4,9 %
nicht zufrieden	0,7 %



#### 4.1.4 Informationsquellen (Tabelle 9)

Die wichtigste Informationsquelle ist die eigene Kenntnis des Krankenhauses (44,1%). Ein Viertel der Patienten gibt an, keine Informationsquellen zu nutzen. Bezugspersonen wie Angehörige (14,2%), der Facharzt (11,6%) und der Hausarzt (10,4%) sind die wichtigsten externen Informationsquellen. Das Internet wird von 9,1% als Informationsquelle angegeben. Das Krankenhaus, unabhängige Stellen und schriftliche Quellen werden kaum genutzt.

**Tabelle 9: genutzte Informationsquellen der Gesamtstichprobe**

	<b>Gesamtstichprobe</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	<b>1925</b>
<b>genutzte Informationsquelle</b>	<b>%</b>
<b>keine</b>	25,4
<b>ausschließlich die eigene Kenntnis des Krankenhauses</b>	44,1
<b>eine oder mehrere externe Informationsquellen</b>	30,5
<b>externe Informationsquellen, aufgeschlüsselt (Mehrfachangaben):</b>	<b>% von 1925</b>
<b>Bezugspersonen</b>	
Angehörige	14,2
Facharzt	11,6
Hausarzt	10,4
<b>Krankenhaus</b>	
Krankenhausambulanz	4,7
Krankenhausbesichtigung	1,7
Informationsveranstaltung des Krankenhauses	1,5
<b>Medien</b>	
Internet	9,1
Informationsbroschüren	1,0
Tageszeitungen	0,3
<b>unabhängige Stellen</b>	
Krankenkassen	0,3
Patientenverbände	0,1
Selbsthilfegruppen	0,1
Verbraucherberatungen	0,0
<b>Andere</b>	
andere Informationsquellen	1,2

#### 4.1.5 Entscheidungskriterien (Tabelle 10)

Wichtigstes Entscheidungskriterium ist die eigene Vorerfahrung (34%). Von den externen Entscheidungskriterien wird der Ruf des Krankenhauses am häufigsten angegeben (30%). Auch Empfehlungen von Bezugspersonen (Ärzte 30%, Angehörige 21%) und die Entfernung vom Zuhause (25%) sind wichtige Entscheidungskriterien. Qualitätsindikatoren, Zufriedenheitsbewertungen, Erreichbarkeit, Wartezeit und die Arzt-Patienten-Beziehung spielen eine nachgeordnete Rolle.

**Tabelle 10: genutzte Entscheidungskriterien der Gesamtstichprobe**

	<b>Gesamtstichprobe</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	<b>1207</b>
<b>Entscheidungskriterium</b>	<b>% von 1207</b>
<b>keine Kriterien angegeben</b>	1,2
<b>ausschließlich eigene Erfahrung ohne Angabe weiterer Kriterien</b>	33,5
<b>eine oder mehrere Angaben zu weiteren Kriterien</b>	65,3
<b>weitere Kriterien, aufgeschlüsselt (Mehrfachnennung):</b>	<b>% von 1207</b>
<b>öffentliche Meinung</b>	
guter Ruf des Krankenhauses	30,2
wie andere Patienten das Krankenhaus in einer Zufriedenheitsbefragung bewerten	1,9
<b>Bezugspersonen</b>	
Empfehlung der ambulant behandelnden Ärzte (Hausarzt, Facharzt)	29,7
Empfehlung von Angehörigen	20,9
<b>Verfügbarkeit</b>	
Entfernung des Krankenhauses von Zuhause	24,9
wie das Krankenhaus mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist	3,6
wie lang die Wartezeiten bis zur Aufnahme sind	2,9
<b>Arzt-Patienten-Beziehung</b>	
ob Ärzte sich für die Patienten genug Zeit nehmen	13,6
ob Patienten bei Entscheidungen zur Behandlung mit einbezogen werden	9,6
<b>Qualitätsindikatoren</b>	
ob die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses auf dem neuesten Stand ist	6,4
wie die Behandlungserfolge des Krankenhauses bei der für mich notwendigen Behandlung sind	3,7
ob das Krankenhaus alle hygienischen Regeln einhält	3,1
wie oft das Krankenhaus die für mich nötige Behandlung durchführt	2,7
wie häufig Komplikationen nach der für mich nötigen Behandlung auftreten	1,6
ob das Krankenhaus nach medizinischen Leitlinien behandelt	1,6
wie häufig Entzündungen bei Patienten im Krankenhaus auftreten	1,3
wie viele Patienten bei der für mich nötigen Behandlung versterben	0,6
<b>Andere</b>	
andere Gründe	12,1

## **4.2 Erkrankte Patienten aufgeteilt nach Fachgebiet**

Die Tabellen 11-15 zu den erkrankten Patienten beinhalten folgende Abkürzungen der Fachgebiete: Innere Medizin (IM), Chirurgie (Chi), Gynäkologie (Gyn), Psychiatrie (Psy), Orthopädie (Orth), Neurologie (Neu), Urologie (Uro), HNO (HNO), Geriatrie (Ger). Die Ergebnisse sind nach Fachgebiet gewichtet.

### **4.2.1 Arbeitshypothese**

Arbeitshypothese 2: Zwischen den erkrankten Patienten bestehen Unterschiede bei der Krankenhauswahl, die auf das Fachgebiet zurückzuführen sind.

### **4.2.2 Soziodemografie (Tabelle 11)**

Die Patienten der Geriatrie (100%), der Inneren Medizin (72%), der Urologie (69%), der Chirurgie (62%) und der Orthopädie (58%) sind zum größten Teil älter als 60 Jahre. Das jüngste Patientenkontingent findet sich im Fachgebiet Psychiatrie. Hier sind nur 15% der Patienten älter als 60 Jahre. Die Patienten der Fachgebiete Gynäkologie (34%), HNO (36%) und Neurologie (50%) liegen im mittleren Altersbereich.

In den Fachgebieten der Gynäkologie (99%), der Geriatrie (65%), der Psychiatrie (61%) und der Neurologie (61%) finden sich besonders viele weibliche Patienten, im Fachgebiet der HNO hingegen besonders viele männliche Patienten (62%).

Unter den Patienten der Psychiatrie haben besonders viele einen Migrationshintergrund (30%), wohingegen unter den Patienten der Geriatrie besonders wenige (9%) einen Migrationshintergrund haben.

Von den Patienten der Urologie (19%) und der HNO (22%) gehören besonders viele der Oberschicht an.

Entsprechend dem hohen Anteil von Patienten der Oberschicht sind besonders viele Patienten der Urologie (18%) und der HNO (17%) privat (zusatz-)versichert.

**Tabelle 11: Soziodemografie aller Erkrankten nach Fachgebiet**

	<b>IM</b>	<b>Chi</b>	<b>Gyn</b>	<b>Psy</b>	<b>Orth</b>	<b>Neu</b>	<b>Uro</b>	<b>HNO</b>	<b>Ger</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	757	438	94	92	89	93	83	65	23	
<b>Alter</b>	% von 758	% von 439	% von 96	% von 93	% von 91	% von 92	% von 83	% von 66	% von 22	
0-24	0,8	4,3	5,2	8,6	7,7	4,3	3,6	12,1	0,0	<0,001
25-29	1,2	3,2	6,3	10,8	2,2	3,3	1,2	3,0	0,0	
30-39	4,9	3,9	13,5	15,1	7,7	7,6	3,6	12,1	0,0	
40-49	6,1	9,8	20,8	24,7	13,2	15,2	7,2	18,2	0,0	
50-59	15,2	16,9	19,8	25,8	12,1	19,6	15,7	18,2	0,0	
60-69	16,8	17,3	16,7	5,4	15,4	19,6	20,5	18,2	4,5	
70-79	31,1	27,3	13,5	7,5	27,5	22,8	32,5	15,2	36,4	
80-89	19,8	14,6	3,1	2,2	12,1	5,4	14,5	1,5	50,0	
90 oder älter	4,2	2,7	1,0	0,0	2,2	2,2	1,2	1,5	9,1	
<b>Geschlecht</b>	% von 758	% von 438	% von 94	% von 92	% von 89	% von 93	% von 83	% von 66	% von 23	
männlich	52,1	44,3	1,1	39,1	44,9	38,7	73,5	62,1	34,8	<0,001
weiblich	47,9	55,7	98,9	60,9	55,1	61,3	26,5	37,9	65,2	
<b>Migrationsstatus</b>	% von 758	% von 434	% von 92	% von 92	% von 86	% von 92	% von 81	% von 64	% von 23	
ohne Migrationshintergrund	86,7	85,0	77,2	69,6	75,6	83,7	82,7	75,0	91,3	<0,001
mit Migrationshintergrund	13,3	15,0	22,8	30,4	24,4	16,3	17,3	25,0	8,7	
<b>sozioökonomischer Status</b>	% von 743	% von 419	% von 87	% von 91	% von 83	% von 86	% von 78	% von 60	% von 22	
Oberschicht	9,3	9,1	12,6	11,0	8,4	10,5	19,2	21,7	9,1	0,009
Mittelschicht	41,0	36,5	52,9	35,2	39,8	37,2	44,9	35,0	36,4	
Unterschicht	49,7	54,4	34,5	53,8	51,8	52,3	35,9	43,3	54,5	
<b>Krankenversicherung</b>	% von 758	% von 437	% von 93	% von 93	% von 90	% von 94	% von 83	% von 65	% von 23	
gesetzlich versichert	92,7	91,1	84,9	86,0	88,9	86,2	81,9	81,5	91,3	0,001
gesetzlich und privat zusatzversichert	3,4	2,7	7,5	5,4	5,6	10,6	9,6	6,2	4,3	
privat vollversichert	3,4	5,5	4,3	8,6	3,3	3,2	8,4	10,8	4,3	
Beihilfe	0,4	0,7	3,2	0,0	2,2	0,0	0,0	1,5	0,0	

#### 4.2.3 Aufnahmesituation (Tabelle 12)

Die Patienten der Chirurgie entscheiden am häufigsten selbst über das Krankenhaus (75%). Die Patienten der Neurologie (35%) und der Geriatrie (26%) spielen im Entscheidungsprozess häufiger eine passive Rolle.

Die Patienten der HNO (26%), der Urologie (27%), der Gynäkologie (28%), der Orthopädie (29%) und der Geriatrie (36%) werden seltener am gleichen Tag aufgenommen und haben somit mehr Zeit vor Aufnahme als Patienten der anderen Fachgebiete.

Die Patienten der HNO (32 Minuten) und der Psychiatrie (28 Minuten) haben die größte Entfernung vom Zuhause zum Krankenhaus.

In den Fachgebieten HNO, Urologie, Gynäkologie, Orthopädie und Geriatrie haben die meisten Patienten mehr als 1 Tag Zeit vor Aufnahme. Dementsprechend ist der Aufnahmearbeit bei den Patienten der HNO (67%), der Urologie (75%), der Gynäkologie (70%), der Orthopädie (68%) und der Geriatrie (65%) größtenteils elektiv. Im Fachgebiet HNO ist der Anteil chronisch Kranker (55%) am niedrigsten, wohingegen alle Patienten der Geriatrie chronisch krank sind.

**Tabelle 12: Aufnahmekontext aller Erkrankten nach Fachgebiet**

	IM	Chi	Gyn	Psy	Orth	Neu	Uro	HNO	Ger	p-Wert
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	757	438	94	92	89	93	83	65	23	
<b>Krankenhaus- versorgungsstufe</b>	% von 757	% von 438	% von 94	% von 92	% von 89	% von 93	% von 83	% von 65	% von 23	
Regelversorger	31,6	29,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	<0,001
Schwerpunktversorger	37,6	39,3	47,9	48,9	50,6	48,4	48,2	0,0	52,2	
Maximalversorger	30,8	31,3	52,1	51,1	49,4	51,6	51,8	100	47,8	
<b>Entscheider über das Krankenhaus</b>	% von 758	% von 436	% von 94	% von 93	% von 89	% von 93	% von 84	% von 65	% von 23	
Patient	57,8	74,1	61,7	65,6	66,3	35,5	64,3	58,5	26,1	<0,001
andere Person	42,2	25,9	38,3	34,4	33,7	64,5	35,7	41,5	73,9	
<b>Zeit vor Aufnahme</b>	% von 757	% von 436	% von 94	% von 92	% von 90	% von 93	% von 82	% von 65	% von n 22	
Aufnahme am gleichen Tag	63,1	43,3	27,7	40,2	28,9	67,7	26,8	26,2	36,4	<0,001
Aufnahme am nächsten	4,2	3,2	7,4	15,2	6,7	4,3	1,2	7,7	4,5	
2-7 Tage	24,3	24,8	37,2	15,2	22,2	12,9	35,4	15,4	50,0	
7-28 Tage	7,9	23,2	21,3	18,5	30,0	9,7	30,5	26,2	9,1	
mehr als 4 Wochen	0,0	5,5	5,3	10,9	11,1	4,3	6,1	24,6	0,0	
weiß nicht	0,4	0,0	1,1	0,0	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	
<b>Wochentag der Aufnahme</b>	% von 758	% von 435	% von 94	% von 90	% von 90	% von 94	% von 83	% von 65	% von 22	
Montag	22,4	18,6	22,3	22,2	26,7	22,3	28,9	23,1	18,2	0,425
Dienstag	17,4	17,0	22,3	15,6	26,7	18,1	18,1	21,5	22,7	
Mittwoch	17,2	15,9	22,3	21,1	18,9	13,8	20,5	24,6	18,2	
Donnerstag	16,4	18,2	11,7	15,6	15,6	13,8	15,7	15,4	18,2	
Freitag	11,7	14,3	7,4	15,6	5,6	19,1	8,4	4,6	13,6	
Samstag	7,7	6,7	4,3	5,6	2,2	6,4	2,4	3,1	4,5	
Sonntag	7,3	9,4	9,6	4,4	4,4	6,4	6,0	7,7	4,5	
<b>Entfernung vom Zuhause zum Krankenhaus in Fahrminuten n =</b>	754	426	93	90	89	92	82	64	22	
Mittelwert	19,9	20,5	20,2	27,8	23,6	24,7	24,2	32,2	21,4	<0,001
Standardabweichung	15,4	15,0	13,7	23,1	18,2	14,9	20,1	25,8	13,3	
<b>Aufnahmesituation</b>	% von 757	% von 438	% von 95	% von 92	% von 89	% von 93	% von 83	% von 66	% von 23	
akut	65,4	46,6	29,5	59,8	31,5	67,7	25,3	33,3	34,8	<0,001
elektiv	34,6	53,4	70,5	40,2	68,5	32,3	74,7	66,7	65,2	
<b>chronische Erkrankung</b>	% von 758	% von 437	% von 94	% von 92	% von 90	% von 93	% von 84	% von 65	% von 23	
ja	92,3	84,0	77,7	78,3	64,4	76,3	76,2	55,4	100	<0,001
nein	7,7	16,0	22,3	21,7	35,6	23,7	23,8	44,6	0,0	

#### 4.2.4 Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 13)

Die Patienten der HNO geben am häufigsten an, noch nie im Krankenhaus gewesen zu sein (10%). Demgegenüber waren alle Patienten der Geriatrie bereits stationär im Krankenhaus, 78% davon innerhalb des letzten Jahres.

Die Patienten der Inneren Medizin sind am häufigsten in der Vergangenheit im selben Krankenhaus stationär gewesen (71%).

Die Fachabteilung ist den Patienten der Psychiatrie (75%) und der Urologie (74%) häufig durch einen vorherigen Aufenthalt bekannt.

Die Zufriedenheit mit dem Krankenhaus ist grundsätzlich fachgebietsübergreifend hoch. Am unzufriedensten sind die Patienten der Psychiatrie (82%). Die Patienten der Geriatrie sind alle (sehr) zufrieden.

**Tabelle 13: Krankenhausvorerfahrung aller Erkrankten nach Fachgebiet**

	IM	Chi	Gyn	Psy	Orth	Neu	Uro	HNO	Ger	p-Wert
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	757	438	94	92	89	93	83	65	23	
<b>Anzahl vorheriger KH-Aufenthalte</b>	% von 757	% von 435	% von 93	% von 92	% von 89	% von 93	% von 82	% von 66	% von 23	
noch nie	1,8	3,4	7,5	6,5	6,7	4,3	7,3	10,6	0,0	<0,001
1- bis 5-mal	33,2	45,3	60,2	38,0	47,2	51,6	42,7	40,9	26,1	
öfter als 5-mal	65,0	51,3	32,3	55,4	46,1	44,1	50,0	48,5	73,9	
<b>Zeitpunkt letzter KH-Aufenthalt</b>	% von 754	% von 438	% von 92	% von 91	% von 88	% von 92	% von 84	% von 63	% von 23	
in den letzten 12 Monaten	50,8	53,4	34,8	44,0	45,5	45,7	51,2	34,9	78,3	0,001
nie oder vor mehr als 12	49,2	46,6	65,2	56,0	54,5	54,3	48,8	65,1	21,7	
<b>Voraufenthalt in diesem Krankenhaus</b>	% von 758	% von 438	% von 94	% von 93	% von 89	% von 93	% von 84	% von 65	% von 23	
ja	70,7	66,2	60,6	55,9	62,9	59,1	65,5	44,6	47,8	<0,001
nein	29,3	33,8	39,4	44,1	37,1	40,9	34,5	55,4	52,2	
<b>Voraufenthalt in dieser Fachabteilung (bei Voraufenthalt in diesem Krankenhaus)</b>	% von 530	% von 276	% von 57	% von 52	% von 54	% von 55	% von 54	% von 29	% von 11	
ja	69,6	67,0	66,7	75,0	59,3	41,8	74,1	55,2	45,5	0,001
nein	30,4	33,0	33,3	25,0	40,7	58,2	35,9	44,8	54,5	
<b>Zufriedenheit mit diesem Krankenhaus beim letzten Aufenthalt</b>	% von 527	% von 289	% von 56	% von 49	% von 55	% von 51	% von 53	% von 27	% von 11	
sehr zufrieden	44,8	34,6	55,4	28,6	30,9	27,5	45,3	40,7	54,5	<0,001
zufrieden	50,3	61,2	42,9	53,1	65,5	62,7	49,1	51,9	45,5	
weniger zufrieden	4,4	4,2	0,0	18,4	3,6	7,8	5,7	3,7	0,0	
nicht zufrieden	0,6	0,0	1,8	0,0	0,0	2,0	0,0	3,7	0,0	

Gemäß statistischen Auswertungen sind die zuvor beschriebenen Unterschiede zwischen den Fachgebieten statistisch signifikant.

#### **4.2.5 Informationsquellen (Tabelle 14)**

Von den erkrankten Patienten informieren sich die Patienten der Gynäkologie am häufigsten. So geben nur 16% an sich nirgendwo informiert zu haben. Auch die Patienten der HNO zeigen einen hohen Informationsbedarf und geben am häufigsten an auf externe Informationsquellen zurückzugreifen (56%). Neben den bekannten wichtigen Informationsquellen wie eigene Krankenhauskenntnis und Bezugspersonen spielt für Patienten der Psychiatrie (17%) und der HNO (20%) auch die Krankenhausambulanz eine wichtige Rolle als Informationsquelle. Das Internet wird am häufigsten von den Patienten der Psychiatrie (13%) und der Gynäkologie (13%) genannt. Die Patienten der Geriatrie nutzen digitale Medien hingegen nicht (0%). Informationsbroschüren finden durch Patienten der Psychiatrie die größte Beachtung (5%). Gedruckte Medien spielen grundsätzlich aber eine nachgeordnete Rolle. Soweit die Fallzahlen eine inferenzstatistische Auswertung mit dem Chi-Quadrat Test zulassen, sind die Unterschiede zwischen den Fachgebieten statistisch signifikant.

**Tabelle 14: genutzte Informationsquellen im Vergleich zwischen allen erkrankten Patienten nach Fachgebiet**

	IM	Chi	Gyn	Psy	Orth	Neu	Uro	HNO	Ger	p-Wert
<b>Gesamt n =</b>	<b>757</b>	<b>438</b>	<b>94</b>	<b>92</b>	<b>89</b>	<b>93</b>	<b>83</b>	<b>65</b>	<b>23</b>	
<b>genutzte Informationsquelle</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	
<b>nirgendwo informiert</b>	29,3	21,5	16,0	30,4	21,3	46,2	19,3	27,3	47,8	<0,001
<b>ausschließlich eigene Kenntnis des Krankenhauses</b>	48,7	52,1	39,4	35,5	36,0	28,0	42,2	16,9	30,4	<0,001
<b>eine oder mehrere externe Informationsquellen</b>	22,0	26,4	44,6	34,1	42,7	25,8	38,5	55,8	21,8	<0,001
<b>externe Informationsquellen, aufgeschlüsselt (Mehrfachangaben):</b>	<b>% von 757</b>	<b>% von 438</b>	<b>% von 94</b>	<b>% von 92</b>	<b>% von 89</b>	<b>% von 93</b>	<b>% von 83</b>	<b>% von 65</b>	<b>% von 23</b>	
<b>Bezugspersonen</b>										
Angehörige	10,3	10,5	22,3	17,4	16,7	6,5	13,3	15,4	17,4	0,007
Facharzt	7,3	5,5	35,1	5,4	18,9	10,8	27,7	33,8	0,0	
Hausarzt	10,7	13,7	3,2	7,6	12,2	11,7	10,8	10,6	13,6	
<b>Krankenhaus</b>										
Krankenhausambulanz	2,6	5,0	3,2	17,4	2,2	3,2	3,6	20,0	0,0	
Krankenhausbesichtigung	0,0	0,7	1,1	0,0	1,1	1,1	0,0	1,5	0,0	
Informationsveranstaltung des Krankenhauses	0,4	0,7	1,1	1,1	1,1	2,1	1,2	0,0	0,0	
<b>Medien</b>										
Internet	6,1	7,8	12,8	13,0	9,0	8,6	8,3	10,8	0,0	
Informationsbroschüren	0,4	0,0	0,0	5,4	1,1	2,2	0,0	0,0	0,0	
Tageszeitungen	0,4	0,0	0,0	0,0	1,1	1,1	0,0	1,5	0,0	
<b>unabhängige Stellen</b>										
Krankenkassen	0,4	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	1,5	0,0	
Patientenverbände	0,0	0,0	0,0	0,0	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
Selbsthilfegruppen	0,0	0,0	1,1	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Verbraucherberatungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Andere</b>										
andere Informationsquellen	0,8	0,7	1,1	3,2	1,1	0,0	1,2	3,1	0,0	

#### 4.2.6 Entscheidungskriterien (Tabelle 15)

Die Patienten der HNO verlassen sich bei der Krankenhauswahl selten nur auf die eigene Vorerfahrung (8%), sondern beziehen meist weitere Kriterien mit ein (92%). Neben den klassischen Entscheidungskriterien wie Vorerfahrung und Empfehlungen von Bezugspersonen ist besonders die Entfernung vom Zuhause ein wichtiges Kriterium. Für Patienten der Psychiatrie ist es der größte Einflussfaktor bei der Krankenhauswahl (33%). Andere Aspekte der Verfügbarkeit wie die Wartezeit werden besonders von Patienten der Orthopädie (9%) und der Psychiatrie (8%) berücksichtigt, spielen sonst aber eine nachgeordnete Rolle. Weitere wichtige Entscheidungskriterien sind Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung. Dies gilt insbesondere für Patienten der Gynäkologie und der Neurologie. Qualitätsindikatoren werden häufig durch Patienten der Gynäkologie,



aber auch der HNO und der Orthopädie berücksichtigt, wohingegen die Patienten der anderen Fachgebiete diese Entscheidungskriterien selten nennen.

Die geringen Fallzahlen in der Geriatrie lassen keine inferenzstatistische Auswertung zu.

**Tabelle 15: Entscheidungskriterien aller erkrankten Patienten nach Fachgebiet, die selber über das Krankenhaus bestimmen**

	IM	Chi	Gyn	Psy	Orth	Neu	Uro	HNO	Ger	p-Wert
<b>Gesamt n =</b>	<b>438</b>	<b>323</b>	<b>58</b>	<b>61</b>	<b>59</b>	<b>33</b>	<b>54</b>	<b>38</b>	<b>6</b>	
<b>Entscheidungskriterium</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	
<b>keine Kriterien angegeben</b>	0,7	0,9	1,7	1,6	3,4	5,9	1,9	0,0	0,0	
<b>ausschließlich eigene Erfahrung ohne Angabe weiterer Kriterien</b>	37,4	40,6	19,0	25,0	31,0	32,4	41,5	7,9	50,0	
<b>eine oder mehrere Angaben zu weiteren Kriterien</b>	61,9	58,5	79,3	73,4	65,6	61,7	56,2	92,1	50,0	
<b>weitere Kriterien, aufgeschlüsselt (Mehrfachnennung):</b>	<b>% von 438</b>	<b>% von 323</b>	<b>% von 58</b>	<b>% von 61</b>	<b>% von 59</b>	<b>% von 33</b>	<b>% von 54</b>	<b>% von 38</b>	<b>% von 6</b>	
<b>öffentliche Meinung</b>										
guter Ruf des Krankenhauses	30,9	26,0	36,2	23,0	22,4	36,4	24,5	34,2	16,7	
wie andere Patienten das Krankenhaus bewerten	1,4	0,9	1,7	0,0	5,1	0,0	1,9	2,7	0,0	
<b>Bezugspersonen</b>										
Empfehlung der ambulant behandelnden Ärzte (Hausarzt, Facharzt)	25,6	24,5	51,7	23,0	32,2	39,4	38,9	63,2	16,7	
Empfehlung von Angehörigen	16,4	17,6	39,7	29,5	19,0	15,2	13,0	15,8	33,3	
<b>Verfügbarkeit</b>										
Entfernung des Krankenhauses vom Zuhause	23,7	25,5	19,0	32,8	20,3	12,1	11,1	34,2	16,7	
wie das Krankenhaus mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist	1,4	4,7	3,4	4,9	5,1	5,9	3,8	2,7	0,0	
wie lang die Wartezeiten bis zur Aufnahme sind	0,7	2,8	3,4	8,3	8,5	2,9	0,0	5,3	0,0	
<b>Arzt-Patienten-Beziehung</b>										
ob Ärzte sich für die Patienten genug Zeit nehmen	10,5	8,0	32,8	3,3	11,9	24,2	9,4	5,3	16,7	
ob Patienten bei Entscheidungen zur Behandlung mit einbezogen werden	8,5	5,3	27,6	3,3	10,2	18,2	3,7	2,6	0,0	
<b>Qualitätsindikatoren</b>										
ob die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses auf dem	2,1	3,1	17,2	0,0	13,6	9,1	3,7	10,8	0,0	
wie die Behandlungserfolge des Krankenhauses bei der für mich notwendigen Behandlung	0,7	3,1	15,5	0,0	6,8	3,0	1,9	10,5	0,0	
ob das Krankenhaus alle hygienischen Regeln einhält	0,0	2,2	5,2	0,0	8,5	2,9	3,7	5,3	0,0	

**Fortsetzung Tabelle 16: Entscheidungskriterien aller erkrankten Patienten nach Fachgebiet, die selber über das Krankenhaus bestimmen**

	IM	Chi	Gyn	Psy	Orth	Neu	Uro	HNO	Ger	p-Wert
<b>Gesamt n =</b>	<b>438</b>	<b>323</b>	<b>58</b>	<b>61</b>	<b>59</b>	<b>33</b>	<b>54</b>	<b>38</b>	<b>6</b>	
<b>Entscheidungskriterium</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	<b>%</b>	
wie oft das Krankenhaus die für mich nötige Behandlung durchführt	0,0	1,5	8,6	0,0	8,5	2,8	0,0	5,3	0,0	
wie häufig Komplikationen nach der für mich nötigen Behandlung auftreten	0,7	0,9	8,6	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	
ob das Krankenhaus nach medizinischen Leitlinien behandelt	0,7	0,9	3,4	1,6	3,4	0,0	1,9	2,6	0,0	
wie häufig Entzündungen bei Patienten im Krankenhaus auftreten	0,7	0,6	5,2	0,0	6,8	2,9	1,9	2,6	0,0	
wie viele Patienten bei der für mich nötigen Behandlung versterben	0,0	0,9	1,7	0,0	1,7	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Andere</b>										
andere Gründe	17,1	9,6	0,0	21,3	3,4	21,2	1,9	18,4	0,0	

#### 4.2.7 Überprüfung Arbeitshypothese 2

Zwischen den erkrankten Patienten der einzelnen Fachgebiete bestehen viele Unterschiede bezüglich der genutzten Informationsquellen und Entscheidungskriterien (Tabellen 14 und 15). Auch bezüglich Soziodemografie (Tabelle 11), Aufnahmesituation (Tabelle 12) und Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 13) zeichnen die Ergebnisse ein heterogenes Bild der Fachgebiete. Die Arbeitshypothese kann angenommen werden.

### **4.3 Eltern pädiatrischer Patienten, gesunde Patienten der Geburtshilfe und erkrankte Patienten im Vergleich**

Die nachfolgend angegebenen Ergebnisse sind nach Fachgebiet gewichtet.

#### **4.3.1 Arbeitshypothesen**

Arbeitshypothese 1: Zwischen erkrankten Patienten, gesunden Patienten und Eltern pädiatrischer Patienten bestehen Unterschiede bei der Krankenhauswahl, die auf den Gesundheitszustand und die Lebenssituation zurückzuführen sind.

Arbeitshypothese 5: Die verfügbare Zeit vor Aufnahme beeinflusst die Nutzung von Informationsquellen und die Berücksichtigung von Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl.

#### **4.3.2 Soziodemografie (Tabelle 16)**

Die Patienten der Pädiatrie und der Geburtshilfe sind jünger als die erkrankten Patienten. So sind alle pädiatrischen Patienten jünger als 25 und alle geburtshilflichen Patienten jünger als 50.

Sowohl die Patienten der Geburtshilfe (42%) als auch die Patienten der Pädiatrie (32%) haben häufiger einen Migrationshintergrund als die erkrankten Patienten (16%).

Die Patienten der Geburtshilfe (19%) und die Eltern pädiatrischer Patienten (17%) gehören häufiger der Oberschicht an als die erkrankten Patienten (10%).

Entsprechend der sozioökonomischen Schicht ist der Anteil privat (zusatz-)versicherter Patienten in der Geburtshilfe (14%) am höchsten.

**Tabelle 17: Soziodemografie der Patienten der Pädiatrie, der Geburtshilfe und aller Erkrankten**

	<b>Pädiatrie</b>	<b>Geburtshilfe</b>	<b>Erkrankte</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	101	88	1735	
<b>Alter n =</b>	101	88	1735	
0-24	100,0 %	14,8 %	3,4 %	<0,001
25-29	0,0 %	26,1 %	2,7 %	
30-39	0,0 %	52,3 %	6,1 %	
40-49	0,0 %	6,8 %	10,1 %	
50-59	0,0 %	0,0 %	16,5 %	
60-69	0,0 %	0,0 %	16,4 %	
70-79	0,0 %	0,0 %	26,9 %	
80-89	0,0 %	0,0 %	14,9 %	
90 oder älter	0,0 %	0,0 %	3,0 %	
<b>Geschlecht n =</b>	100	88	1735	
männlich	54,0 %	0,0 %	46,7 %	<0,001
weiblich	46,0 %	100,0 %	53,3 %	
<b>Migrationsstatus n =</b>	99	84	1722	
ohne Migrationshintergrund	67,7 %	58,3 %	83,6 %	<0,001
mit Migrationshintergrund	32,3 %	41,7 %	16,4 %	
<b>sozioökonomischer Status n =</b>	97	79	1668	
Oberschicht	16,5 %	19,0 %	10,4 %	0,001
Mittelschicht	48,5 %	49,4 %	39,9 %	
Unterschicht	35,1 %	31,6 %	49,7 %	
<b>Krankenversicherung n =</b>	100	86	1734	
gesetzlich versichert	87,0 %	83,7 %	90,1 %	0,034
gesetzlich und privat zusatzversichert	9,0 %	10,5 %	4,4 %	
privat vollversichert	3,0 %	3,5 %	4,8 %	
Beihilfe	1,0 %	2,3 %	0,7 %	

#### 4.3.3 Aufnahmesituation (Tabelle 17)

Die gesunden Patienten der Geburtshilfe (81%) und die Eltern pädiatrischer Patienten (70%) entscheiden häufiger selbst über das Krankenhaus als die erkrankten Patienten (62%).

Die Eltern (77%) haben am wenigsten Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt ihrer Kinder. Die gesunden Patienten haben hingegen häufig mehr als vier Wochen Zeit vor der Aufnahme (37%).

Sowohl die Patienten der Geburtshilfe (89%) als auch die der Pädiatrie (80%) werden häufiger akut aufgenommen als die Erkrankten (53%).

Nur 10% der Patienten der Geburtshilfe und 12% der Patienten der Pädiatrie sind chronisch erkrankt.

**Tabelle 18: Aufnahmekontext der Pädiatrie, der Geburtshilfe und aller Erkrankten**

	<b>Pädiatrie</b>	<b>Geburtshilfe</b>	<b>Erkrankte</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	101	88	1735	
<b>Krankenhausversorgungsstufe n =</b>	101	88	1736	
Regelversorger (< 200 Betten)	0,0 %	0,0 %	21,2 %	<0,001
Schwerpunktversorger (200 – 499 Betten)	54,5 %	47,7 %	39,7 %	
Maximalversorger (> 499 Betten)	45,5 %	52,6 %	39,1 %	
<b>Entscheider über das Krankenhaus n =</b>	99	87	1731	
Patient	69,7 %	80,5 %	61,7 %	0,001
andere Person	30,3 %	19,5 %	38,3 %	
<b>Zeit vor Aufnahme n =</b>	102	89	1733	
Aufnahme am gleichen Tag	76,5 %	40,4 %	50,0 %	<0,001
Aufnahme am nächsten Tag	3,9 %	4,5 %	4,8 %	
2-7 Tage	9,8 %	2,2 %	24,5 %	
7-28 Tage	7,8 %	11,2 %	16,2 %	
mehr als 4 Wochen	1,0 %	37,1 %	4,3 %	
weiß nicht	1,0 %	4,5 %	0,3 %	
<b>Wochentag der Aufnahme n =</b>	102	88	1728	
Montag	22,5 %	17,0 %	21,9 %	0,201
Dienstag	15,7 %	17,0 %	18,3 %	
Mittwoch	12,7 %	20,5 %	17,6 %	
Donnerstag	10,8 %	10,2 %	16,4 %	
Freitag	16,7 %	18,2 %	12,0 %	
Samstag	8,8 %	8,0 %	6,3 %	
Sonntag	12,7 %	9,1 %	7,5 %	
<b>Entfernung vom Zuhause zum Krankenhaus in Fahrminuten n =</b>	99	87	1713	
Mittelwert	20,6	17,4 Min	21,6 Min	0,060
Standardabweichung	17,4	13,6	16,8	
<b>Aufnahmesituation n =</b>	101	89	1736	
akut	80,2 %	88,8 %	53,3 %	<0,001
elektiv	19,8 %	11,2 %	46,7 %	
<b>chronische Erkrankung n =</b>	101	89	1736	
ja	11,9 %	10,1 %	84,3 %	<0,001
nein	88,1 %	89,9 %	15,7 %	

#### 4.3.4 Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 18)

Die Patienten der Pädiatrie (43%) und die der Geburtshilfe (15%) geben häufiger als die Erkrankten (4%) an, noch nie im Krankenhaus stationär gewesen zu sein.

Innerhalb des letzten Jahres waren am häufigsten die Patienten der Geburtshilfe (69%) stationär im Krankenhaus.

Zwei Drittel der erkrankten Patienten geben an das Krankenhaus bereits von einem Voraufenthalt zu kennen (66%). Die Patienten der Geburtshilfe (54%) und die Eltern der pädiatrischen Patienten (53%) haben seltener Vorerfahrung mit dem Krankenhaus.

Allgemein ist die Zufriedenheit mit dem Krankenhaus sehr hoch. Die Eltern pädiatrischer Patienten (91%) und die gesunden Patienten (91%) liegen dabei hinter den Erkrankten (95%).

**Tabelle 19: Krankenhausvorerfahrung Eltern pädiatrischer Patienten, Patienten der Geburtshilfe und aller Erkrankten**

	<b>Pädiatrie</b>	<b>Geburtshilfe</b>	<b>Erkrankte</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	101	88	1735	
<b>Anzahl vorheriger KH-Aufenthalte n =</b>	102	89	1732	
noch nie	43,1 %	14,8 %	3,8 %	<0,001
1- bis 5-mal	47,1 %	67,0 %	40,2 %	
öfter als 5-mal	9,8 %	18,2 %	55,9 %	
<b>Zeitpunkt letzter KH-Aufenthalt n =</b>	100	88	1723	
in den letzten 12 Monaten	28,0 %	69,3%	49,5 %	<0,001
nie oder vor mehr als 12 Monaten	72,0 %	30,7 %	50,0 %	
<b>Voraufenthalt in diesem Krankenhaus n =</b>	101	87	1735	
ja	53,5 %	54,0%	65,6 %	0,005
nein	46,5 %	46,0 %	34,4 %	
<b>Voraufenthalt in dieser Fachabteilung (bei Voraufenthalt in diesem Krankenhaus) n =</b>	50	47	1117	
ja	80,0 %	76,6 %	66,8 %	0,061
nein	20,0 %	23,4 %	33,2 %	
<b>Zufriedenheit mit diesem Krankenhaus beim letzten Aufenthalt n =</b>	57	45	1118	
sehr zufrieden	36,8 %	42,2 %	40,5 %	0,013
zufrieden	54,4 %	48,9 %	54,1 %	
weniger zufrieden	5,3 %	4,4 %	4,9 %	
nicht zufrieden	3,5 %	4,4 %	0,4 %	

Die Unterschiede zwischen den drei Teilstichproben sind gemäß inferenzstatistischer Auswertung mittels Chi-Quadrat-Test für oben genannte Merkmale der Soziodemografie, Aufnahmesituation und Krankenhausvorerfahrung statistisch signifikant.

#### 4.3.5 Informationsquellen (Tabelle 19)

Gesunde Patienten und Eltern informieren sich aktiver als die Erkrankten. So geben 7% der gesunden Patienten, 18% der Eltern und 27% der erkrankten Patienten an, sich vorab nirgendwo informiert zu haben. 68% der gesunden Patienten sowie 36% der Eltern und 28% der Erkrankten geben externe Informationsquellen an. Die wichtigste Informationsquelle für die Gesunden sind die Angehörigen (53%), wohingegen Eltern (47%) und Erkrankte (45%) sich meist auf die eigene Krankenhauskenntnis verlassen. Neben diesen klassischen Informationsquellen greifen Gesunde häufiger auf das Krankenhaus (Besichtigungen 29%, Informationsveranstaltungen 19%), das Internet (35%) und Informationsbroschüren (11%) als Informationsquellen zurück.

Erkrankte, die mehr Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt haben, informieren sich mehr. So geben nur noch 11% an sich nirgendwo zu informieren. Zudem rückt die eigene Krankenhauskenntnis in den Hintergrund (41%). Stattdessen werden vermehrt externe Informationsquellen genutzt (17%). Sowohl bei den Erkrankten (21%) als auch bei den Eltern (37%) mit mehr Zeit vor Aufnahme ist der Facharzt die wichtigste externe Informationsquelle. Soweit die Fallzahlen der Erkrankten eine inferenzstatistische Auswertung mit dem Chi-Quadrat Test zulassen, ist der Anstieg mit der Zeit auch signifikant. Bei den Eltern ist die Zunahme der Bedeutung des Facharztes signifikant und bei den Gesunden zeigt sich keine signifikante Veränderung über die Zeit.

**Tabelle 20: genutzte Informationsquellen im Vergleich zwischen Eltern pädiatrischer Patienten, Patienten der Geburtshilfe und aller erkrankten Patienten der, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme**

	Pädiatrie				Geburtshilfe				Erkrankte			
	N = 101	Zeit vor Aufnahme in Tagen			N = 88	Zeit vor Aufnahme in Tagen			N = 1736	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 1728		
genutzte Informationsquelle	%	0-1 n = 81 %	>1 n = 18 %	p	%	0-1 n = 39 %	>1 n = 44 %	p	%	0-1 n = 950 %	>1 n = 778 %	p
nirgendwo informiert	18,0	18,5	15,8		7,1	10,0	4,4		26,9	39,6	11,4	<0,001
ausschließlich eigene Kenntnis des Krankenhauses	46,5	47,6	42,1	0,667	24,7	20,0	28,9	0,343	45,0	48,2	41,0	0,003
<i>externe Informationsquellen, aufgeschlüsselt (Mehrfachangaben):</i>	% von 101	% von 81	% von 18		% von 88	% von 39	% von 44		% von 1736	% von 950	% von 778	
eine oder mehrere externe Informationsquellen	35,5	33,9	42,1	0,372	68,2	70,0	66,7	0,747	28,1	12,2	16,7	0,008
<b>Bezugspersonen</b>												
Angehörige	19,2	19,8	16,7		53,0	51,3	54,5	0,766	12,0	4,8	20,7	<0,001
Facharzt	13,9	8,5	36,8	0,001	24,7	30,0	20,0	0,286	10,8	2,4	21,1	<0,001
Hausarzt	7,1	7,4	5,6		2,4	2,6	2,2		11,1	6,4	16,8	<0,001
<b>Krankenhaus</b>												
Krankenhausambulanz	3,0	2,5	5,6		4,8	5,0	4,5		4,7	0,9	9,4	<0,001
Krankenhausbesichtigung	2,0	2,4	0,0		28,6	23,1	33,3	0,299	0,4	0,2	0,6	
Informationsveranstaltung des Krankenhauses	1,0	1,2	0,0		19,0	17,9	20,0	0,811	0,6	0,2	1,2	
<b>Medien</b>												
Internet	12,1	9,9	22,2		34,5	38,5	31,1	0,480	7,8	2,2	14,6	<0,001
Informationsbroschüren	0,0	0,0	0,0		10,7	10,0	11,4		0,6	0,0	1,4	
Tageszeitungen	1,0	1,2	0,0		1,2	2,5	0,0		0,3	0,3	0,3	
<b>unabhängige Stellen</b>												
Krankenkassen	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,3	0,4	0,1	
Patientenverbände	0,0	0,0	0,0		1,2	2,5	0,0		0,1	0,0	0,1	
Selbsthilfegruppen	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,1	0,0	0,1	
Verbraucherberatungen	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	
<b>Andere</b>												
andere Informationsquellen	4,0	4,9	0,0		3,5	5,0	2,2		1,0	0,2	1,9	



#### 4.3.6 Entscheidungskriterien (Tabelle 20)

Das wichtigste Entscheidungskriterium für Erkrankte ist die eigene Vorerfahrung (35%). Gesunde berücksichtigen in ihrer Entscheidung am häufigsten die Empfehlung Angehöriger (51%). Den Eltern ist besonders wichtig, ob Ärzte sich genug Zeit für ihre Kinder nehmen (39%). Auch für die Gesunden sind Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung wichtiger als für die Erkrankten. Die Entfernung vom Zuhause hat für die Gesunden eine besonders hohe Relevanz (49%). Qualitätsindikatoren werden häufiger von Gesunden und Eltern als von Erkrankten bei der Krankenhauswahl berücksichtigt. Bei Gesunden und Eltern hat die Zeit vor Aufnahme keinen signifikanten Einfluss auf ihr Krankenhauswahlverhalten. Erkrankte mit mehr Zeit vor Aufnahme berücksichtigen seltener ausschließlich die eigene Vorerfahrung (32%). Stattdessen werden häufiger weitere Kriterien angegeben (67%). Der Krankenhausruf, Empfehlungen von Bezugspersonen, die Entfernung vom Zuhause und die Arzt-Patienten-Beziehung gewinnen mit zunehmender Zeit an Bedeutung. Die Empfehlung der behandelnden Ärzte (40%) und der Ruf des Krankenhauses (37%) sind die wichtigsten Entscheidungskriterien für Patienten und Eltern, die mehr Zeit vor Aufnahme zur Verfügung haben. Die beschriebenen Veränderungen im Zeitverlauf zeigen sich gemäß inferenzstatistischer Auswertung statistisch signifikant.

**Tabelle 21: Entscheidungskriterien im Vergleich zwischen Eltern pädiatrischer Patienten, Patienten der Geburtshilfe und aller erkrankten Patienten, die selber über das Krankenhaus bestimmen, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme**

	Pädiatrie				Geburtshilfe				Erkrankte			
	N = 69	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 69			N = 70	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 67			N = 1068	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 1068		
Entscheidungskriterium	%	0-1 n = 53 %	>1 n = 15 %	p	%	0-1 n = 26 %	>1 n = 41 %	p	%	0-1 n = 460 %	>1 n = 607 %	p
keine Kriterien angegeben	2,9	1,9	6,3		1,5	3,8	0,0		1,2	2,0	0,7	
ausschließlich eigene Erfahrung ohne Angabe weiterer Kriterien	27,1	27,8	25,0		9,0	3,8	12,2		35,4	40,0	32,0	0,007
eine oder mehrere Angaben zu weiteren Kriterien	70,0	70,3	68,7	0,816	89,5	92,4	87,7	0,557	63,4	58,0	67,3	0,002
<i>weitere Kriterien, aufgeschlüsselt (Mehrfachnennung):</i>	% von 69	% von 53	% von 15		% von 70	% von 26	% von 41		% von 1068	% von 460	% von 607	
<b>öffentliche Meinung</b>												
guter Ruf des Krankenhauses	32,9	37,0	18,8		49,3	50,0	48,8	0,922	28,7	18,3	36,7	<0,001
wie andere Patienten das Krankenhaus in einer Zufriedenheitsbefragung bewerten	4,3	3,7	6,3		8,8	15,4	4,8		1,5	0,2	2,5	

Fortsetzung Tabelle 22: Entscheidungskriterien im Vergleich zwischen Eltern pädiatrischer Patienten, Patienten der Geburtshilfe und aller erkrankten Patienten, die selber über das Krankenhaus bestimmen, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme

	Pädiatrie				Geburtshilfe				Erkrankte			
	N = 69	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 69			N = 70	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 67			N = 1068	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 1068		
Entscheidungskriterium	%	0-1 n = 53 %	>1 n = 15 %	p	%	0-1 n = 26 %	>1 n = 41 %	p	%	0-1 n = 460 %	>1 n = 607 %	p
<b>Bezugspersonen</b>												
Empfehlung der ambulant behandelnden Ärzte (Hausarzt, Facharzt)	34,8	29,6	53,3	0,088	31,3	42,3	24,4	0,123	29,2	14,6	40,3	<0,001
Empfehlung von Angehörigen	25,7	25,9	25,0		50,7	61,5	43,9	0,159	18,6	12,0	23,7	<0,001
<b>Verfügbarkeit</b>												
Entfernung des Krankenhauses von Zuhause	23,2	22,2	26,7		46,3	34,6	53,7	0,128	23,7	30,9	18,3	<0,001
wie das Krankenhaus mit öffentlichen Verkehrsmitteln	5,8	5,6	6,7		7,4	7,7	7,1		3,3	2,6	3,8	0,286
wie lang die Wartezeiten bis zur Aufnahme sind	10,0	11,1	6,3		2,9	3,8	2,4		2,5	2,6	2,5	0,884
<b>Arzt-Patienten-Beziehung</b>												
ob Ärzte sich für die Patienten genug Zeit nehmen	38,6	38,9	37,5	0,920	32,3	38,5	28,6	0,397	10,9	5,9	15,6	<0,001
ob Patienten bei Entscheidungen zur Behandlung mit einbezogen werden	26,1	24,5	31,3	0,592	16,2	15,4	16,7		8,1	3,7	11,5	<0,001
<b>Qualitätsindikatoren</b>												
ob die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses auf dem neuesten Stand ist	16,2	18,9	6,7		26,9	34,6	22,0	0,245	4,3	3,7	4,8	0,389
wie die Behandlungserfolge des Krankenhauses bei der für mich notwendigen Behandlung sind	8,7	9,3	6,7		11,8	15,4	9,5		2,9	0,9	4,4	
ob das Krankenhaus alle hygienischen Regeln einhält	10,3	11,3	6,7		16,2	19,2	14,3		1,8	0,7	2,6	
wie oft das Krankenhaus die für mich nötige Behandlung durchführt	7,1	5,6	12,5		13,2	15,4	11,9		1,8	1,1	2,3	0,136
wie häufig Komplikationen nach der für mich nötigen Behandlung	4,3	3,7	6,3		7,5	11,5	4,9		1,1	0,2	1,8	
ob das Krankenhaus nach medizinischen Leitlinien behandelt	4,4	5,7	0,0		5,9	7,7	4,8		1,2	1,3	1,2	0,821
wie häufig Entzündungen bei Patienten im Krankenhaus	1,5	1,9	0,0		3,0	3,8	2,4		1,2	0,7	1,6	
wie viele Patienten bei der für mich nötigen Behandlung versterben	1,5	1,9	0,0		1,5	0,0	2,4		0,6	0,2	0,8	
<b>Andere</b>												
andere Gründe	7,2	5,7	12,5		8,8	7,7	9,5		12,7	13,7	12,0	0,412

#### **4.3.7 Überprüfung Arbeitshypothese 1**

Zwischen erkrankten Patienten, gesunden Patienten und Eltern pädiatrischer Patienten bestehen viele Unterschiede bezüglich der genutzten Informationsquellen und Entscheidungskriterien (Tabellen 19 und 20). Dennoch zeigen sich auch Gemeinsamkeiten in der Vorgehensweise, insbesondere zwischen den Eltern pädiatrischer Patienten und den gesunden Patienten. Die Unterschiede und Gemeinsamkeiten spiegeln sich auch in der Soziodemografie (Tabelle 16), der Aufnahmesituation (Tabelle 17) und der Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 18) der 3 Teilstichproben wieder. Die Arbeitshypothese kann angenommen werden.

#### **4.3.8 Überprüfung Arbeitshypothese 5**

Die verfügbare Zeit vor Aufnahme beeinflusst bei erkrankten Patienten die Nutzung von Informationsquellen und die Berücksichtigung von Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl. Bei Eltern pädiatrischer Patienten lässt sich ein geringer Einfluss bei der Nutzung von Informationsquellen feststellen, wohingegen die gesunden Patienten der Geburtshilfe von der verfügbaren Zeit vor Aufnahme gänzlich unbeeinflusst bleiben. Die Arbeitshypothese kann in Bezug auf erkrankte Patienten und Eltern pädiatrischer Patienten angenommen werden. Für gesunde Patienten muss sie verworfen werden.

#### 4.4 Erkrankte Patienten aufgeteilt nach Geschlecht

Die nachfolgenden Ergebnisse sind nach Fachgebiet gewichtet.

##### 4.4.1 Arbeitshypothesen

Arbeitshypothese 3: Zwischen den erkrankten Patienten bestehen Unterschiede bei der Krankenhauswahl, die auf das Geschlecht zurückzuführen sind.

Arbeitshypothese 5: Die verfügbare Zeit vor Aufnahme beeinflusst die Nutzung von Informationsquellen und die Berücksichtigung von Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl.

##### 4.4.2 Soziodemografie (Tabelle 21)

49% der erkrankten Frauen sind älter als 70 Jahre, wohingegen nur 40% der erkrankten Männer älter als 70 Jahre sind.

Die erkrankten Frauen (6%) gehören seltener der Oberschicht an als die erkrankten Männer (16%).

**Tabelle 23: Soziodemografie der erkrankten Frauen und Männer**

	Frauen	Männer	p-Wert
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	924	811	
<b>Alter n =</b>	925	812	
0-24	3,7 %	3,1 %	<0,001
25-29	3,2 %	2,1 %	
30-39	7,5 %	4,6 %	
40-49	8,9 %	11,6 %	
50-59	13,6 %	19,7 %	
60-69	13,8 %	19,3 %	
70-79	27,5 %	26,4 %	
80-89	17,5 %	11,8 %	
90 oder älter	4,3 %	1,5 %	
<b>Migrationsstatus n =</b>	771	669	
ohne Migrationshintergrund	84,0 %	83,2 %	0,663
mit Migrationshintergrund	16,0 %	16,8 %	
<b>sozioökonomischer Status n =</b>	543	295	
Oberschicht	5,7 %	15,7 %	<0,001
Mittelschicht	33,6 %	46,9 %	
Unterschicht	60,8 %	37,4 %	
<b>Krankenversicherung n =</b>	838	723	
gesetzlich versichert	90,8 %	89,3 %	0,514
gesetzlich und privat zusatzversichert	3,8 %	5,1 %	
privat vollversichert	4,6 %	5,1 %	
Beihilfe	0,9 %	0,6 %	

#### 4.4.3 Aufnahmesituation (Tabelle 22)

Die erkrankten Frauen und die erkrankten Männer entscheiden häufig selber über das Krankenhaus und haben die gleiche Zeit vor Aufnahme zur Verfügung.

Innerhalb der Versorgungsstufen unterscheidet sich die Verteilung zwischen den Geschlechtern. Von den erkrankten Frauen werden die meisten (42%) in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung behandelt, wohingegen bei den erkrankten Männern, der größte Anteil in einem Krankenhaus der Maximalversorgung behandelt wird (42%).

**Tabelle 24: Aufnahmekontext der erkrankten Frauen und Männer**

	<b>Frauen</b>	<b>Männer</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	924	811	
<b>Krankenhausversorgungsstufe n =</b>	925	812	
Regelversorger (< 200 Betten)	21,6 %	20,7 %	0,034
Schwerpunktversorger (200 – 499 Betten)	42,1 %	37,1 %	
Maximalversorger (> 499 Betten)	38,3 %	42,2 %	
<b>Entscheider über das Krankenhaus n =</b>	920	811	
Patient	62,8 %	60,4 %	0,304
andere Person	37,2 %	39,6 %	
<b>Zeit vor Aufnahme n =</b>	921	812	
Aufnahme am gleichen Tag	50,3 %	49,8 %	0,695
Aufnahme am nächsten Tag	5,1 %	4,6 %	
2-7 Tage	24,9 %	24,0 %	
7-28 Tage	15,4 %	16,9 %	
mehr als 4 Wochen	3,9 %	4,7 %	
weiß nicht	0,4 %	0,1 %	
<b>Wochentag der Aufnahme n =</b>	920	807	
Montag	22,9 %	20,9 %	0,051
Dienstag	17,8 %	19,0 %	
Mittwoch	18,7 %	16,4 %	
Donnerstag	16,2 %	16,5 %	
Freitag	10,0 %	14,3 %	
Samstag	5,9 %	6,8 %	
Sonntag	8,5 %	6,2 %	
<b>Entfernung vom Zuhause zum Krankenhaus in Fahrminuten n =</b>	909	804	
Mittelwert	21,5 Min	21,7 Min	0,842
Standardabweichung	16,0	17,7	
<b>Aufnahmesituation n =</b>	924	811	
akut	53,5 %	53,0 %	0,854
elektiv	46,5 %	47,0 %	
<b>chronische Erkrankung n =</b>	924	811	
ja	84,2 %	84,5 %	0,880
nein	15,8 %	15,5 %	

#### 4.4.4 Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 23)

Die erkrankten Frauen und die erkrankten Männer geben ähnliche Erfahrungen mit Krankenhäusern an.

Bei den erkrankten Männern (52%) liegt der letzte Krankenhausaufenthalt häufiger innerhalb des letzten Jahres als bei den erkrankten Frauen (47%).

**Tabelle 25: Krankenhausvorerfahrung der erkrankten Frauen und Männer**

	Frauen	Männer	p-Wert
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	924	811	
<b>Anzahl vorheriger KH-Aufenthalte n =</b>	924	809	
noch nie	4,2 %	3,5 %	0,715
1- bis 5-mal	40,0 %	40,0 %	
öfter als 5-mal	55,7 %	56,1 %	
<b>Zeitpunkt letzter KH-Aufenthalt n =</b>	918	804	
in den letzten 12 Monaten	46,9 %	52,4 %	0,025
nie oder vor mehr als 12 Monaten	53,1 %	47,6 %	
<b>Voraufenthalt in diesem Krankenhaus n =</b>	923	812	
ja	67,4 %	63,7 %	0,104
nein	32,6 %	36,3 %	
<b>Voraufenthalt in dieser Fachabteilung (bei Voraufenthalt in diesem Krankenhaus) n =</b>	610	508	
ja	64,4 %	69,7 %	0,063
nein	35,6 %	30,3 %	
<b>Zufriedenheit mit diesem Krankenhaus beim letzten Aufenthalt n =</b>	612	505	
sehr zufrieden	41,0 %	39,8 %	0,885
zufrieden	53,9 %	54,5 %	
weniger zufrieden	4,7 %	5,1 %	
nicht zufrieden	0,3 %	0,6 %	

Die Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern zu Alter, Schicht, Versorgungsstufe und Zeitpunkt des letzten Krankenhausaufenthaltes sind gemäß inferenzstatistischer Auswertung mittels Chi-Quadrat-Test statistisch signifikant.

#### 4.4.5 Informationsquellen (Tabelle 24)

Sowohl für die erkrankten Frauen (48%) als auch für die erkrankten Männer (41%) ist die eigene Kenntnis des Krankenhauses die wichtigste Informationsquelle. Von den externen Informationsquellen werden von beiden Geschlechtern Bezugspersonen und das Internet am häufigsten genannt.

Mit mehr verfügbarer Zeit vor Aufnahme informieren sich die erkrankten Frauen und Männer mehr. So geben nur noch 3% der Frauen und 16% der Männer an sich nirgendwo zu informieren. Stattdessen werden externe Informationsquellen von den erkrankten Frauen (76%) als auch von den erkrankten Männern (40%) häufiger genutzt. Für die erkrankten Frauen wird die Krankenhausambulanz (30%) die wichtigste Informationsquelle, gefolgt von den Angehörigen (27%) und dem Internet (25%). Für die erkrankten Männer bleibt die eigene Krankenhauskenntnis als wichtigste

Informationsquelle bestehen (45%). Soweit die Fallzahlen eine inferenzstatistische Auswertung mit dem Chi-Quadrat Test zulassen, ist der Anstieg mit der Zeit auch signifikant.

**Tabelle 26: Genutzte Informationsquellen im Vergleich zwischen erkrankten Frauen und Männern, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme**

	Frauen						Männer					
	N = 924	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 916					N = 811	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 811				
genutzte Informationsquelle	%	0-1 n = 509 %	2-7 n = 229 %	8-28 n = 142 %	>28 n = 36 %	p	%	0-1 n = 441 %	2-7 n = 195 %	8-28 n = 137 %	>28 n = 38 %	p
nirgendwo informiert	25,7	36,9	16,5	6,3	2,7		28,3	42,6	13,9	5,8	15,8	<0,001
ausschließlich eigene Kenntnis des Krankenhauses	48,2	52,7	46,5	41,5	21,6	0,001	41,4	43,1	37,4	40,6	44,7	0,574
eine oder mehrere externe Informationsquellen	26,1	10,4	37	52,2	75,7	<0,001	30,3	14,3	48,7	53,6	39,5	<0,001
<i>externe Informationsquellen, aufgeschlüsselt (Mehrfachangaben):</i>	% von 924	% von 509	% von 229	% von 142	% von 36		% von 811	% von 441	% von 195	% von 137	% von 38	
<b>Bezugspersonen</b>												
Angehörige	13,3	5,3	21,8	24,6	27,0	<0,001	10,5	4,5	18,6	15,3	21,1	<0,001
Facharzt	9,9	2,5	13,5	26,8	15,0	<0,001	11,7	2,3	16,5	33,3	18,4	<0,001
Hausarzt	10,4	6,1	15,3	17,6	11,1		11,7	6,8	22,1	13,9	8,1	
<b>Krankenhaus</b>												
Krankenhausambulanz	4,4	0,6	6,1	8,5	29,7	<0,001	5,3	1,4	7,7	11,6	16,2	<0,001
Krankenhausbesichtigung	0,3	0,2	0,0	0,0	5,6		0,5	0,2	1,0	0,0	2,6	
Informationsveranstaltung des Krankenhauses	0,9	0,2	2,2	1,4	0,0		0,5	0,5	0,0	0,7	2,6	
<b>Medien</b>												
Internet	7,4	2,0	11,8	15,5	25,0	<0,001	8,1	2,5	12,4	20,3	7,9	
Informationsbroschüren	0,7	0,0	0,4	2,1	5,4		0,7	0,0	0,5	2,9	2,6	
Tageszeitungen	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0		0,2	0,0	0,5	0,7	0,0	
<b>unabhängige Stellen</b>												
Krankenkassen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,6	0,9	0,0	0,0	2,6	
Patientenverbände	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,1	0,0	0,5	0,0	0,0	
Selbsthilfegruppen	0,2	0,0	0,4	0,0	2,7		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Verbraucherberatungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Andere</b>												
andere Informationsquellen	0,5	0,0	1,3	0,0	5,6		1,4	0,5	2,6	2,2	2,6	

#### **4.4.6 Entscheidungskriterien (Tabelle 25)**

Sowohl die erkrankten Frauen (37%) als auch die erkrankten Männer (33%) berücksichtigen in ihrer Entscheidung meist nur die eigene Vorerfahrung. Für die erkrankten Männer ist der Ruf des Krankenhauses ebenso ausschlaggebend (33%). Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung werden von erkrankten Frauen häufiger als Entscheidungskriterien genannt als von erkrankten Männern.

Mit mehr Zeit vor Aufnahme verlassen sich die erkrankten Männer seltener ausschließlich auf die eigene Vorerfahrung (7%) und geben häufiger weitere Kriterien an (93%). Die öffentliche Meinung, Empfehlungen von Bezugspersonen, die Entfernung vom Zuhause, die Arzt-Patienten-Beziehung sowie einzelne Qualitätsindikatoren werden bei mehr Zeit vor Aufnahme von beiden Geschlechtern häufiger bei der Krankenhauswahl berücksichtigt. Die Entfernung vom Zuhause wird sowohl für erkrankte Frauen (40%) als auch für erkrankte Männer (41%), die mehr Zeit vor dem Krankenhausaufenthalt haben, als wichtigstes Entscheidungskriterium angegeben.

Gemäß inferenzstatistischer Auswertung mit dem Chi-Quadrat-Test ist die zunehmende Berücksichtigung vom Ruf, Empfehlungen von Bezugspersonen und der Entfernung für beide Geschlechter statistisch signifikant, für Männer zudem die Berücksichtigung weiterer Kriterien.



**Tabelle 27: Entscheidungskriterien der erkrankten Frauen und Männer, die selber über das Krankenhaus bestimmen, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme**

	Frauen						Männer					
	N = 578	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 577					N = 490	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 490				
Entscheidungskriterium	%	0-1 n = 260 %	2-7 n = 169 %	8-28 n = 118 %	>28 n = 30 %	p	%	0-1 n = 200 %	2-7 n = 146 %	8-28 n = 117 %	>28 n = 27 %	p
<b>keine Kriterien angegeben</b>	1,2	1,5	1,8	0,0	0,0		1,0	2,5	0,0	0,0	0,0	
<b>ausschließlich eigene Erfahrung ohne Angabe weiterer Kriterien</b>	37,4	39,2	37,9	37,3	20,0	0,234	32,9	41,0	30,1	28,4	7,4	
<b>eine oder mehrere Angaben zu weiteren Kriterien</b>	60,4	59,3	60,3	62,7	80,0	0,167	66,1	56,5	69,9	71,6	92,6	<0,001
<b>weitere Kriterien, aufgeschlüsselt (Mehrfachnennung):</b>	% von 578	% von 260	% von 169	% von 118	% von 30		% von 490	% von 200	% von 146	% von 117	% von 27	
<b>öffentliche Meinung</b>												
guter Ruf des Krankenhauses	25,1	16,9	29,4	34,7	33,3	<0,001	32,9	19,6	37,7	48,3	39,3	<0,001
wie andere Patienten das Krankenhaus in einer Zufriedenheitsbefragung bewerten	1,2	0,4	0,6	3,4	3,3		2,0	0,0	4,1	3,4	0,0	
<b>Bezugspersonen</b>												
Empfehlung der ambulant behandelnden Ärzte (Hausarzt, Facharzt)	27,2	14,2	34,3	44,9	30,0	<0,001	31,7	15,1	42,9	45,7	33,3	<0,001
Empfehlung von Angehörigen	20,8	15,0	24,3	26,9	26,7	0,020	16,2	8,0	21,2	19,7	33,3	<0,001
<b>Verfügbarkeit</b>												
Entfernung des Krankenhauses von Zuhause	23,2	29,2	17,2	14,4	40,0	<0,001	24,3	33,0	15,1	17,1	40,7	<0,001
wie das Krankenhaus mit öffentlichen Verkehrsmitteln	3,3	3,5	3,6	3,4	0,0		3,1	1,5	4,8	3,4	3,7	
wie lang die Wartezeiten bis zur Aufnahme sind	3,3	3,1	3,0	5,0	0,0		1,8	2,0	2,0	0,9	3,6	
<b>Arzt-Patienten-Beziehung</b>												
ob Ärzte sich für die Patienten genug Zeit nehmen	13,5	8,4	15,3	22,0	13,3		7,9	2,5	9,6	14,5	10,7	
ob Patienten bei Entscheidungen zur Behandlung mit einbezogen	9,9	5,8	13,5	16,1	0,0		6,1	1,0	8,2	11,1	11,1	
<b>Qualitätsindikatoren</b>												
ob die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses auf dem neuesten Stand ist	4,3	4,2	4,1	4,2	6,7		4,3	3,0	2,7	7,7	7,4	
wie die Behandlungserfolge des Krankenhauses bei der für mich notwendigen Behandlung sind	3,3	0,8	2,4	9,3	6,7		2,4	1,0	1,4	6,8	0,0	
ob das Krankenhaus alle hygienischen Regeln einhält	2,1	0,8	1,8	5,9	0,0		1,6	1,0	1,4	2,6	3,6	
wie oft das Krankenhaus die für mich nötige Behandlung durchführt	1,9	0,8	1,2	3,4	10,0		1,8	1,5	1,4	1,7	7,1	
wie häufig Komplikationen nach der für mich nötigen Behandlung	1,2	0,4	0,6	4,2	0,0		1,2	0,0	1,4	3,4	0,0	
ob das Krankenhaus nach medizinischen Leitlinien behandelt	1,4	1,5	1,2	1,7	0,0		0,8	0,5	1,4	0,9	0,0	
wie häufig Entzündungen bei Patienten im Krankenhaus auftreten	0,9	0,4	1,2	1,7	0,0		1,8	1,0	1,4	3,4	3,6	
wie viele Patienten bei der für mich nötigen Behandlung versterben	0,5	0,4	0,0	1,7	0,0		0,8	0,5	1,4	0,9	0,0	
<b>Andere</b>												
andere Gründe	13,0	13,5	15,3	7,6	16,7	0,229	12,5	14,0	13,0	9,5	11,1	

#### **4.4.7 Überprüfung Arbeitshypothese 3**

Zwischen den erkrankten Patienten bestehen nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der genutzten Informationsquellen und Entscheidungskriterien (Tabellen 24 und 25). Auch bezüglich Soziodemografie (Tabelle 21), Aufnahmesituation (Tabelle 22) und Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 23) zeigen die Ergebnisse mehr Gemeinsamkeiten zwischen den erkrankten Frauen und den erkrankten Männern als Unterschiede. Die Arbeitshypothese kann angenommen werden.

#### **4.4.8 Überprüfung Arbeitshypothese 5**

Die verfügbare Zeit vor Aufnahme beeinflusst sowohl bei erkrankten Frauen als auch bei erkrankten Männern die Nutzung von Informationsquellen und die Berücksichtigung von Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl. Die Arbeitshypothese kann für beide Geschlechter angenommen werden.

## 4.5 Gesunde Frauen der Geburtshilfe und erkrankte Frauen der Gynäkologie

Die Ergebnisse liegen ungewichtet vor.

### 4.5.1 Arbeitshypothesen

Arbeitshypothese 4: Zwischen den erkrankten Frauen der Gynäkologie und den gesunden Frauen der Geburtshilfe bestehen Unterschiede bei der Krankenhauswahl, die auf den Gesundheitszustand zurückzuführen sind.

Arbeitshypothese 5: Die verfügbare Zeit vor Aufnahme beeinflusst die Nutzung von Informationsquellen und die Berücksichtigung von Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl.

### 4.5.2 Soziodemografie (Tabelle 26)

Drei Viertel der Patienten der Gynäkologie sind älter als 40 Jahre, wohingegen die Patienten der Geburtshilfe (93%) zum Großteil jünger als 40 Jahre alt sind.

Die Patienten der Geburtshilfe (42%) haben häufiger einen Migrationshintergrund als die Patienten der Gynäkologie (23%).

Angehörige der Oberschicht finden sich häufiger unter den Patienten der Geburtshilfe (19%) als unter den Patienten der Gynäkologie (13%).

**Tabelle 28: Soziodemografie der Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe**

	<b>Gynäkologie</b>	<b>Geburtshilfe</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	162	173	
<b>Alter n =</b>	162	173	
0-24	4,9 %	14,5 %	<0,001
25-29	6,2 %	26,0 %	
30-39	13,6 %	52,6 %	
40-49	21,6 %	6,9 %	
50-59	19,8 %	0,0 %	
60-69	16,0 %	0,0 %	
70-79	13,6 %	0,0 %	
80-89	3,7 %	0,0 %	
90 oder älter	0,6 %	0,0 %	
<b>Migrationsstatus n =</b>	158	165	
ohne Migrationshintergrund	77,2 %	58,2 %	<0,001
mit Migrationshintergrund	22,8 %	41,8 %	
<b>sozioökonomischer Status n =</b>	150	155	
Oberschicht	12,7 %	18,7 %	0,339
Mittelschicht	52,0 %	49,7 %	
Unterschicht	35,3 %	31,6 %	
<b>Krankenversicherung n =</b>	160	168	
gesetzlich versichert	85,0 %	84,5 %	0,579
gesetzlich und privat zusatzversichert	7,5 %	10,7 %	
privat vollversichert	4,4 %	3,0 %	
Beihilfe	3,1 %	1,8 %	

#### 4.5.3 Aufnahmesituation (Tabelle 27)

Patienten der Geburtshilfe (81%) entscheiden häufiger selbst über das Krankenhaus als Patienten der Gynäkologie (62%).

37% der Patienten der Geburtshilfe haben mehr als 4 Wochen Zeit vor Aufnahme, wohingegen dies nur 6% der Patienten der Gynäkologie angeben.

Die Aufnahme erfolgt in der Geburtshilfe meist akut (89%) und in der Gynäkologie meist elektiv (70%).

Von den Patienten der Gynäkologie sind 77% chronisch erkrankt. Bei den Patienten der Geburtshilfe ist dies nur bei 8% der Fall.

**Tabelle 29: Aufnahmekontext der Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe**

	<b>Gynäkologie</b>	<b>Geburtshilfe</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	162	173	
<b>Krankenhausversorgungsstufe n =</b>	162	173	
Schwerpunktversorger (200 – 499 Betten)	48,1 %	47,4 %	0,891
Maximalversorger (> 499 Betten)	51,9 %	52,6 %	
<b>Entscheider über das Krankenhaus n =</b>	162	170	
Patient	62,3 %	80,6 %	<0,001
andere Person	37,7 %	19,4 %	
<b>Zeit vor Aufnahme n =</b>	162	171	
Aufnahme am gleichen Tag	28,4 %	40,9 %	<0,001
Aufnahme am nächsten Tag	7,4 %	4,1 %	
2-7 Tage	37,6 %	1,8 %	
7-28 Tage	20,4 %	11,7 %	
mehr als 4 Wochen	5,6 %	37,4 %	
weiß nicht	0,6 %	4,1 %	
<b>Wochentag der Aufnahme n =</b>	162	173	
Montag	21,6 %	17,4 %	0,093
Dienstag	22,8 %	17,4 %	
Mittwoch	22,2 %	20,2 %	
Donnerstag	12,4 %	9,8 %	
Freitag	8,0 %	17,9 %	
Samstag	4,3 %	8,1 %	
Sonntag	8,7 %	9,2 %	
<b>Entfernung vom Zuhause zum Krankenhaus in Fahrminuten n =</b>	160	171	
Mittelwert	20 Min	17 Min	0,062
Standardabweichung	13,7	13,6	
<b>Aufnahmesituation n =</b>	162	173	
akut	29,6 %	89,0 %	<0,001
elektiv	70,4 %	11,0 %	
<b>chronische Erkrankung n =</b>	162	173	
ja	77,2 %	7,5 %	<0,001
nein	22,8 %	92,5 %	

#### 4.5.4 Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 28)

Die Patienten der Gynäkologie sind krankenhauserfahrener als die der Geburtshilfe. So geben 92% an, in der Vergangenheit bereits stationär behandelt worden zu sein, wohingegen nur 85% der Patienten der Geburtshilfe dies angeben.

**Tabelle 30: Krankenhausvorerfahrung der Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe**

	<b>Gynäkologie</b>	<b>Geburtshilfe</b>	<b>p-Wert</b>
<b>Gesamtteilnehmer n =</b>	162	173	
<b>Anzahl vorheriger KH-Aufenthalte n =</b>	161	171	
noch nie	8,1 %	14,6 %	0,005
1- bis 5-mal	59,6 %	67,3 %	
öfter als 5-mal	32,3 %	18,1 %	
<b>Zeitpunkt letzter KH-Aufenthalt n =</b>	158	172	
in den letzten 12 Monaten	64,6 %	69,8 %	0,314
nie oder vor mehr als 12 Monaten	35,4 %	30,2 %	
<b>Voraufenthalt in diesem Krankenhaus n =</b>	162	173	
ja	60,5 %	53,2 %	0,312
nein	39,5 %	46,8 %	
<b>Voraufenthalt in dieser Fachabteilung (bei Voraufenthalt in diesem Krankenhaus) n =</b>	98	92	
ja	68,4 %	40,5 %	0,246
nein	31,6 %	59,5 %	
<b>Zufriedenheit mit diesem Krankenhaus beim letzten Aufenthalt n =</b>	94	88	
sehr zufrieden	55,3 %	42,0 %	0,059
zufrieden	43,6 %	50,0 %	
weniger zufrieden	0,0 %	4,5 %	
nicht zufrieden	1,1 %	3,4 %	

Die zuvor beschriebenen Unterschiede zu Soziodemografie, Aufnahmesituation und Krankenhausvorerfahrung der beiden Teilstichproben sind statistisch signifikant ( $p < 0,05$ ).

#### 4.5.5 Informationsquellen (Tabelle 29)

Die Patienten der Geburtshilfe informieren sich mehr als die Patienten der Gynäkologie. So geben nur 6% der Patienten der Geburtshilfe an sich nirgendwo informiert zu haben und 68% nutzen neben ihrer Krankenhauskenntnis weitere Informationsquellen, wohingegen 16% der Patienten der Gynäkologie angeben sich nirgendwo zu informieren und 45% weitere Informationsquellen nutzen. Die wichtigste Informationsquelle für die Patienten der Gynäkologie ist die eigene Krankenhauskenntnis (39%). Für die Patienten der Geburtshilfe sind die Angehörigen ausschlaggebend (52%). Zudem geben sie häufiger an, das Internet (33%) und Angebote des Krankenhauses (Besichtigungen 28%, Informationsveranstaltungen 24%) zu nutzen, um sich zu informieren.

Mit mehr Zeit vor Aufnahme nimmt die Bedeutung von Krankenhausbesichtigungen von 23% auf 31% zu. Auch die eigenen Krankenhauskenntnis (28%) tritt als

Informationsquelle in den Vordergrund. Die Informationsquellen sind teststatistisch aufgrund kleiner Gruppengrößen nicht prüfbar.

Die Patienten der Gynäkologie nutzen mit mehr Zeit vor Aufnahme mehr externe Informationsquellen (67%) und verlassen sich seltener auf die eigene Krankenhauskenntnis (22%). Wichtigste Informationsquelle bei mehr Zeit vor Aufnahme wird der Facharzt (56%). Die Priorisierung von Facharzt und externen Informationsquellen bei mehr Zeit vor Aufnahme zeigt sich statistisch signifikant.

**Tabelle 31: Genutzte Informationsquellen im Vergleich zwischen Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme**

	Gynäkologie						Geburtshilfe					
	N = 162	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 161					N = 173	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 164				
genutzte Informationsquelle	%	0-1 n = 58 %	2-7 n = 61 %	8-28 n = 33 %	>28 n = 9 %	p	%	0-1 n = 77 %	2-7 n = 3 %	8-28 n = 20 %	>28 n = 64 %	p
nirgendwo informiert	16,0	24,1	11,5	12,1	11,1		6,4	9,1	0,0	5,0	3,1	
ausschließlich eigene Kenntnis des Krankenhauses	38,9	55,2	36,1	21,2	22,2		25,4	19,5	33,3	30,0	28,1	
eine oder mehrere externe Informationsquellen	45,1	20,7	52,4	66,7	66,7	<0,001	68,2	71,4	66,7	65,0	68,8	
<i>externe Informationsquellen, aufgeschlüsselt (Mehrfachangaben):</i>	% von 162	% von 58	% von 61	% von 33	% von 9		% von 173	% von 77	% von 3	% von 20	% von 64	
<b>Bezugspersonen</b>												
Angehörige	22,8	12,1	26,2	36,4	11,1		52,0	50,6	66,7	55,0	54,7	
Facharzt	35,2	12,1	42,6	57,6	55,6	<0,001	24,3	29,9	0,0	25,0	18,8	
Hausarzt	3,1	1,7	1,6	6,1	11,1		1,7	2,6	0,0	0,0	1,6	
<b>Krankenhaus</b>												
Krankenhausambulanz	3,1	0,0	1,6	12,1	0,0		4,6	3,9	33,3	0,0	4,7	
Krankenhausbesichtigung	0,6	1,7	0,0	0,0	0,0		27,7	23,4	0,0	45,0	31,3	
Informationsveranstaltung des Krankenhauses	0,6	0,0	0,0	3,0	0,0		23,7	18,2	0,0	25,0	18,8	
<b>Medien</b>												
Internet	13,0	6,9	14,8	18,2	22,2		33,0	39,0	0,0	45,0	28,1	
Informationsbroschüren	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		9,8	9,1	0,0	20,0	9,4	
Tageszeitungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,6	1,3	0,0	0,0	0,0	
<b>unabhängige Stellen</b>												
Krankenkassen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Patientenverbände	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,6	1,3	0,0	0,0	0,0	
Selbsthilfegruppen	0,6	0,0	1,6	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Verbraucherberatungen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<b>Andere</b>												
andere Informationsquellen	0,6	0,0	1,6	0,0	0,0		2,3	3,9	0,0	0,0	1,6	

#### **4.5.6 Entscheidungskriterien (Tabelle 30)**

Das wichtigste Entscheidungskriterium für die Patienten der Gynäkologie ist die Empfehlung der behandelnden Ärzte (52%). Für die Patienten der Geburtshilfe ist die Entfernung vom Zuhause der ausschlaggebende Faktor in der Krankenhauswahl (57%). Aspekte der Arzt-Patienten-Beziehung sind beiden Subgruppen wichtig, jedoch benennen die Patienten der Gynäkologie (28%) die Einbeziehung in Entscheidungen häufiger als Entscheidungskriterium als die Patienten der Geburtshilfe (16%). Qualitätsindikatoren wie Stand der Technik (26%) und Hygiene (15%) werden von Patienten der Geburtshilfe häufiger berücksichtigt.

Alle Patienten der Gynäkologie mit mehr Zeit vor Aufnahme geben weitere Kriterien neben der eigenen Vorerfahrung an, wohingegen sich die Patienten der Geburtshilfe häufiger ausschließlich auf die eigene Vorerfahrung verlassen (9%). Die Empfehlung der ambulant behandelnden Ärzte (43%) wird mit mehr Zeit vor Aufnahme häufiger von den Patienten der Gynäkologie als Entscheidungskriterium angegeben. Zusammen mit der Entfernung vom Zuhause (43%) ist es das wichtigste Entscheidungskriterium bei den Patienten, die mehr als 4 Wochen Zeit vor Aufnahme haben. Für die Patienten der Gynäkologie sinkt die Bedeutung der Komplikationsrate (0%) und für die Patienten der Geburtshilfe die der Zufriedenheitsbewertungen (2%) mit Zunahme der Zeit vor Aufnahme. Die geringen Fallzahlen verhindern eine inferenzstatistische Auswertung zur Überprüfung der statistischen Signifikanz.

**Tabelle 32: Entscheidungskriterien der Patienten der Gynäkologie und Geburtshilfe, die selber über das Krankenhaus bestimmen, gesamt und gruppiert nach Zeit vor Aufnahme**

	Gynäkologie						Geburtshilfe					
	N = 101	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 100					N = 137	Zeit vor Aufnahme in Tagen n = 132				
Entscheidungskriterium	%	0-1 n = 32 %	2-7 n = 38 %	8-28 n = 23 %	>28 n = 7 %	p	%	0-1 n = 51 %	2-7 n = 3 %	8-28 n = 20 %	>28 n = 58 %	p
<b>keine Kriterien angegeben</b>	2,0	0,0	5,3	0,0	0,0		0,7	2,0	0,0	0,0	0,0	
<b>ausschließlich eigene Erfahrung ohne Angabe weiterer Kriterien</b>	18,8	34,4	15,8	8,7	0,0		10,9	3,9	0,0	25,0	8,6	
<b>eine oder mehrere Angaben zu weiteren Kriterien</b>	79,2	65,6	78,9	91,3	100	0,300	88,4	94,1	100	75,0	91,4	
<b>weitere Kriterien, aufgeschlüsselt (Mehrfachnennung):</b>	% von 101	% von 32	% von 38	% von 23	% von 7		% von 137	% von 51	% von 3	% von 20	% von 58	
<b>öffentliche Meinung</b>												
guter Ruf des Krankenhauses	35,6	31,3	36,8	47,8	0,0		49,6	51,0	33,3	55,0	48,3	
wie andere Patienten das Krankenhaus in einer Zufriedenheitsbefragung bewerten	2,0	3,1	0,0	4,3	0,0		7,3	13,7	33,3	5,0	1,7	
<b>Bezugspersonen</b>												
Empfehlung der ambulant behandelnden Ärzte (Hausarzt, Facharzt)	51,5	31,3	60,5	69,6	42,9		30,7	41,2	33,3	25,0	24,1	
Empfehlung von Angehörigen	39,6	25,0	44,7	52,2	28,6		49,6	60,8	0,0	35,0	50,0	
<b>Verfügbarkeit</b>												
Entfernung des Krankenhauses von Zuhause	19,8	15,6	21,1	17,4	42,9		56,7	35,3	66,7	40,0	58,6	
wie das Krankenhaus mit öffentlichen Verkehrsmitteln	4,0	3,1	5,3	4,3	0,0		6,6	7,8	0,0	10,0	5,2	
wie lang die Wartezeiten bis zur Aufnahme sind	4,0	0,0	5,3	8,7	0,0		2,9	3,9	0,0	0,0	1,7	
<b>Arzt-Patienten-Beziehung</b>												
ob Ärzte sich für die Patienten genug Zeit nehmen	32,7	18,8	47,4	30,4	28,6		32,1	37,3	33,3	25,0	29,3	
ob Patienten bei Entscheidungen zur Behandlung mit einbezogen	27,7	18,8	36,8	34,8	0,0		16,1	15,7	0,0	15,0	17,2	
<b>Qualitätsindikatoren</b>												
ob die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses auf dem neuesten Stand ist	17,8	12,5	23,7	4,3	42,9		26,3	35,3	33,3	15,0	24,1	
wie die Behandlungserfolge des Krankenhauses bei der für mich notwendigen Behandlung sind	15,8	6,3	13,2	30,4	14,3		10,9	13,7	0,0	5,0	10,3	
ob das Krankenhaus alle hygienischen Regeln einhält	5,9	6,3	10,5	0,0	0,0		15,3	17,6	33,3	15,0	12,1	
wie oft das Krankenhaus die für mich nötige Behandlung durchführt	8,9	9,4	7,9	4,3	28,6		12,4	13,7	33,3	5,0	12,1	
wie häufig Komplikationen nach der für mich nötigen Behandlung	7,9	6,3	2,6	21,7	0,0		6,6	9,8	0,0	10,0	3,4	
ob das Krankenhaus nach medizinischen Leitlinien behandelt	4,0	3,1	5,3	0,0	0,0		4,4	5,9	0,0	0,0	5,2	
wie häufig Entzündungen bei Patienten im Krankenhaus auftreten	5,0	3,1	5,3	8,7	0,0		2,9	3,9	0,0	0,0	3,4	
wie viele Patienten bei der für mich nötigen Behandlung versterben	2,0	3,1	0,0	4,3	0,0		0,7	0,0	0,0	0,0	1,7	
<b>Andere</b>												
andere Gründe	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		8,0	7,8	33,3	5,0	8,6	



#### **4.5.7 Überprüfung Arbeitshypothese 4**

Zwischen den erkrankten Frauen der Gynäkologie und den gesunden Frauen der Geburtshilfe bestehen viele Unterschiede bezüglich der genutzten Informationsquellen und Entscheidungskriterien (Tabellen 29 und 30). Dennoch zeigen sich einzelne Gemeinsamkeiten zwischen den beiden Teilstichproben. Dies spiegelt sich auch in der Soziodemografie (Tabelle 26), der Aufnahmesituation (Tabelle 27) und der Krankenhausvorerfahrung (Tabelle 28) der beiden Teilstichproben wieder. Die Arbeitshypothese kann angenommen werden.

#### **4.5.8 Überprüfung Arbeitshypothese 5**

Die verfügbare Zeit vor Aufnahme beeinflusst bei beiden Teilstichproben die Nutzung von Informationsquellen und die Berücksichtigung von Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl. Die Arbeitshypothese kann für beide Teilstichproben eingeschränkt angenommen werden.

#### **4.6 Logistische Regressionsanalysen aufgeteilt nach Stichprobe**

Die logistischen Regressionsanalysen berücksichtigen für alle Stichproben die gleichen unabhängigen Modellvariablen zur Soziodemografie (Alter, Sozialschicht, Geschlecht, Migrationsstatus) und zu Aufnahmemerkmalen (chronisch erkrankt, Fachgebiet, Versorgungsstufe, Zeitpunkt des letzten Krankenhausaufenthaltes, Anzahl der Krankenhausvoraufenthalte, Voraufenthalt im selben Krankenhaus, Zeit vor Aufnahme, Krankenhauseinfluss über 15%). Die abhängige Modellvariable ist für alle Stichproben die selbstständige Krankenhausentscheidung. Es wurden pro Stichprobe zwei Modelle angewendet. Beim soziodemografischen Modell liegt die Variable Alter metrisch vor, beim komplexen Modell dichotomisiert. Die Auswertung erfolgte für alle Gruppen ungewichtet.

##### **4.6.1 Arbeitshypothesen**

Arbeitshypothese 6: Die soziodemografischen Merkmale Geschlecht, Alter, Sozialschicht und Migrationsstatus beeinflussen die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus entscheiden zu können.

Arbeitshypothese 7: Die Aufnahmesituation, bestehende Erkrankungen und Vorerfahrungen beeinflussen die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus entscheiden zu können.

#### 4.6.2 Eltern pädiatrischer Patienten (Tabelle 31)

Weder im soziodemografischen Modell noch im komplexen Modell lässt sich ein statistisch signifikanter Einfluss soziodemografischer Variablen, der Aufnahmesituation oder bestehender Erkrankungen auf die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu entscheiden, feststellen.

**Tabelle 33: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für Eltern pädiatrischer Patienten**

soziodemografisches Modell = 1. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes R <sup>2</sup> = 0,049						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	95 % Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
sozioökonomischer Status						
Oberschicht	30					
Mittelschicht	89	-0,756	0,470	0,826	5,490	0,118
Unterschicht	65	0,103	1,109	0,182	1,210	0,845
komplexes Modell = 1. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes R <sup>2</sup> = 0,053						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	99,9 % Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
sozioökonomischer Status						
Oberschicht	29					
Mittelschicht	89	-0,910	0,402	0,076	2,136	0,073
Unterschicht	64	-0,071	0,932	0,153	5,676	0,897

### 4.6.3 Gesunde Patienten der Geburtshilfe (Tabelle 32)

#### 4.6.3.1 soziodemografisches Modell

Es lässt sich kein Einfluss soziodemografischer Variablen nachweisen.

#### 4.6.3.2 komplexes Modell

Patienten mit weniger Zeit vor Aufnahme (OR = 0,13) entscheiden seltener selber über das Krankenhaus als Patienten, die mehr als einen Tag Zeit vor Aufnahme haben. Die Modellvariable Zeit vor Aufnahme ist statistisch signifikant. Cohens  $f^2$  beträgt 0,43, was nach Cohen (1992) einem starken Effekt entspricht.

**Tabelle 34: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für Patienten der Geburtshilfe**

soziodemografisches Modell						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	95 % Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
keine Variablen in der Gleichung						
komplexes Modell = 2. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes R <sup>2</sup> = 0,302						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	99,9% Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
Zeit vor Aufnahme						
0–1 Tag Zeit vor Aufnahme	62	-2,024	0,132	0,022	0,802	<0,001
>= 2 Tage Zeit vor Aufnahme	82					
Krankenhauseinfluss						
KH Einfluss unabhängig von FG auf Entscheider <15%	110	1,492	4,447	0,872	22,687	0,003
KH Einfluss unabhängig von FG auf Entscheider >15%	34					

#### **4.6.4 Erkrankte Patienten (Tabelle 33)**

##### **4.6.4.1 soziodemografisches Modell**

Ältere (OR = 0,98) und Patienten, die der Unterschicht angehören (OR = 0,63), entscheiden seltener selber über das Krankenhaus. Patienten ohne Migrationshintergrund (OR = 1,67) entscheiden häufiger selbst.

Die logistische Regressionsanalyse zeigt für die Unterschicht, für den Migrationshintergrund und für das Alter eine statistische Signifikanz. Cohens  $f^2$  beträgt 0,06, was nach Cohen (1992) einem schwachen Effekt entspricht.

##### **4.6.4.2 komplexes Modell**

Wenn Patienten in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung stationär behandelt werden (OR = 1,63), bereits im selben Krankenhaus waren (OR = 1,90), im Fachbereich der Inneren Medizin (OR = 4,69), der Chirurgie (OR = 8,12), der Gynäkologie (OR = 3,07), der Psychiatrie (OR = 7,18), der Orthopädie (OR = 5,11), der Urologie (OR = 4,84) oder der HNO (OR = 1,90) behandelt werden, treffen sie die Krankenhauswahl häufiger selbst. Bei Patienten, die wenig Zeit vor Aufnahme haben, wird die Entscheidung häufiger durch eine andere Person getroffen (OR = 0,21).

Die logistische Regressionsanalyse zeigt für die Modellvariablen 0-1 Tag Zeit vor Aufnahme, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Orthopädie, Urologie, HNO, Krankenhausvorerfahrung und Schwerpunktversorgung eine statistische Signifikanz. Cohens  $f^2$  beträgt 0,37, was nach Cohen (1992) einem starken Effekt entspricht.

**Tabelle 35: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für alle erkrankten Patienten**

<b>soziodemografisches Modell = 3. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes <math>R^2 = 0,052</math></b>						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
<b>sozioökonomischer Status</b>						
Oberschicht	167					
Mittelschicht	584	-0,118	0,889	0,616	1,282	0,528
Unterschicht	699	-0,467	0,627	0,437	0,899	0,011
<b>Migrationsstatus</b>						
mit Migrationshintergrund	258					
ohne Migrationshintergrund	1192	0,511	1,666	1,243	2,235	0,001
<b>Alter</b>						
Alter	1450	-0,018	0,982	0,975	0,988	<0,001
<b>komplexes Modell = 7. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes <math>R^2 = 0,268</math></b>						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	99,9% Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
<b>Zeit vor Aufnahme</b>						
0–1 Tag Zeit vor Aufnahme	684	-1,561	0,210	0,122	0,363	<0,001
2-7 Tage Zeit vor Aufnahme	383	-0,412	0,662	0,361	1,214	0,025
>7 Tage Zeit vor Aufnahme	363					
<b>Fachgebiet</b>						
Innere Medizin	257	1,545	4,687	1,987	11,053	<0,001
Chirurgie	240	2,095	8,122	3,356	19,645	<0,001
Gynäkologie	145	1,123	3,073	1,206	7,834	<0,001
Psychiatrie	98	1,971	7,180	2,529	20,385	<0,001
Orthopädie	154	1,632	5,112	2,014	12,972	<0,001
Neurologie	156	0,784	2,189	0,875	5,476	0,005
Urologie	155	1,367	4,844	1,558	15,065	<0,001
HNO	76	0,643	1,902	1,222	2,960	<0,001
Geriatrie	149					
<b>schon in diesem Krankenhaus gewesen</b>						
ja	897	0,643	1,902	1,222	2,960	<0,001
nein	533					
<b>sozioökonomischer Status</b>						
Oberschicht	164					
Mittelschicht	577	0,117	1,125	0,515	2,455	0,620
Unterschicht	689	-0,635	0,530	0,259	1,083	0,003
<b>sozioökonomischer Status * Geschlecht</b>						
Oberschicht * männlich						
Mittelschicht * männlich		-0,533	0,587	0,299	1,152	0,009
Unterschicht * männlich		-0,067	0,935	0,510	1,714	0,717
<b>letzter Krankenhausaufenthalt</b>						
nie + >12 Monate	707	0,423	1,527	0,994	2,346	0,001
<12 Monaten	723					
<b>Versorgungsstufe</b>						
Regelversorgung	151	0,635	1,887	0,873	4,082	0,007
Schwerpunktversorgung	616	0,490	1,633	1,052	2,536	<0,001
Maximalversorgung	663					

#### **4.6.5 Erkrankte Frauen (Tabelle 34)**

##### **4.6.5.1 soziodemografisches Modell**

Gemäß den Ergebnissen der logistischen Regressionsanalyse entscheiden die Frauen ohne Migrationshintergrund ( $OR = 1,83$ ) häufiger selbst über das Krankenhaus, wohingegen die Entscheidung über das Krankenhaus mit zunehmendem Alter häufiger durch eine andere Person getroffen wird ( $OR = 0,98$ ).

Die logistische Regressionsanalyse zeigt für Migrationshintergrund und Alter eine statistische Signifikanz.

Cohens  $f^2$  beträgt 0,08, was nach Cohen (1992) einem schwachen Effekt entspricht.

##### **4.6.5.2 komplexes Modell**

Frauen mit wenig Zeit vor Aufnahme haben seltener die Möglichkeit selbst über das Krankenhaus zu entscheiden ( $OR = 0,16$ ).

Die Frauen der Inneren Medizin ( $OR = 4,69$ ), der Chirurgie ( $OR = 7,56$ ), der Gynäkologie ( $OR = 3,09$ ), der Psychiatrie ( $OR = 4,58$ ), der Orthopädie ( $OR = 4,36$ ) sowie diejenigen, die bereits im selben Krankenhaus waren ( $OR = 2,51$ ), entscheiden häufiger selber.

Die logistische Regressionsanalyse zeigt für die Modellvariablen 0-1 Tag Zeit vor Aufnahme, Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Psychiatrie, Orthopädie und Krankenhausvorerfahrung eine statistische Signifikanz.

Cohens  $f^2$  beträgt 0,43, was nach Cohen (1992) einem starken Effekt entspricht.

Tabelle 36: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für erkrankte Frauen

soziodemografisches Modell = 3. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes R <sup>2</sup> = 0,075						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
sozioökonomischer Status						
Oberschicht	60					
Mittelschicht	289	0,448	1,566	0,874	2,804	0,131
Unterschicht	468	0,016	1,016	0,577	1,789	0,956
Migrationsstatus						
mit Migrationshintergrund	141					
ohne Migrationshintergrund	676	0,605	1,831	1,223	2,740	0,003
Alter						
Alter	817	-0,022	0,978	0,969	0,986	<0,001
komplexes Modell = 6. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes R <sup>2</sup> = 0,298						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	99,9% Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
Zeit vor Aufnahme						
0–1 Tag Zeit vor Aufnahme	391	-1,807	0,164	0,075	0,361	<0,001
2-7 Tage Zeit vor Aufnahme	229	-0,760	0,468	0,201	1,087	0,003
>7 Tage Zeit vor Aufnahme	186					
Fachgebiet						
Innere Medizin	122	1,545	4,687	1,482	14,820	<0,001
Chirurgie	133	2,023	7,561	2,406	23,763	<0,001
Gynäkologie	143	1,127	3,086	1,054	9,033	0,001
Psychiatrie	59	1,521	4,578	1,247	16,814	<0,001
Orthopädie	89	1,473	4,363	1,313	14,496	<0,001
Neurologie	96	0,885	2,423	0,762	7,710	0,012
Urologie	39	0,929	2,532	0,588	10,907	0,036
HNO	25	1,517	4,560	0,761	27,309	0,005
Geriatrie	100					
schon in diesem Krankenhaus gewesen						
ja	518	0,918	2,505	1,363	4,604	<0,001
nein	288					
sozioökonomischer Status						
Oberschicht	59					
Mittelschicht	286	0,407	1,503	0,513	4,404	0,213
Unterschicht	461	-0,337	0,714	0,250	2,034	0,289
letzter Krankenhausaufenthalt						
nie +>12 Monate	406	0,569	1,767	0,986	3,166	0,001
<12 Monaten	400					
Versorgungsstufe						
Regelversorgung	80	0,554	1,741	0,594	5,104	0,090
Schwerpunktversorgung	370	0,511	1,667	0,928	2,995	0,004
Maximalversorgung	356					



#### **4.6.6 Erkrankte Männer (Tabelle 35)**

##### **4.6.6.1 soziodemografisches Modell**

Sowohl die Männer, die der Unterschicht angehören (OR = 0,43), als auch die Männer, die der Mittelschicht angehören (OR = 0,61), und Ältere (OR = 0,99) entscheiden seltener selbst über das Krankenhaus.

Die logistische Regressionsanalyse zeigt für Unterschicht, Mittelschicht und Alter eine statistische Signifikanz.

Cohens  $f^2$  beträgt 0,04, was nach Cohen (1992) einem schwachen Effekt entspricht.

##### **4.6.6.2 komplexes Modell**

Männer mit wenig Zeit vor Aufnahme haben (OR = 0,25) seltener die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden.

Demgegenüber treffen Männer, die in der Inneren Medizin (OR = 7,34), der Chirurgie (OR = 11,15), der Psychiatrie (OR = 18,75), der Orthopädie (OR = 8,92), der Urologie (OR = 8,39) oder der HNO (OR = 6,47) stationär behandelt werden, häufiger selber die Entscheidung über das Krankenhaus.

Die logistische Regressionsanalyse zeigt für die Modellvariablen 0-1 Tag Zeit vor Aufnahme, Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie, Orthopädie, Urologie und die HNO eine statistische Signifikanz.

Cohens  $f^2$  beträgt 0,36, was nach Cohen (1992) einem starken Effekt entspricht.

**Tabelle 37: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für erkrankte Männer**

soziodemografisches Modell = 2. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes R <sup>2</sup> = 0,034						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
sozioökonomischer Status						
Oberschicht	107					
Mittelschicht	295	-0,501	0,606	0,375	0,980	0,041
Unterschicht	231	-0,843	0,431	0,263	0,706	0,001
Alter						
Alter	631	-0,011	0,989	0,979	0,999	0,026
komplexes Modell = 5. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes R <sup>2</sup> = 0,266						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	99,9% Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
Zeit vor Aufnahme						
0–1 Tag Zeit vor Aufnahme	293	-1,407	0,245	0,111	0,542	<0,001
2-7 Tage Zeit vor Aufnahme	154	-0,091	0,913	0,365	2,287	0,745
>7 Tage Zeit vor Aufnahme	177					
Fachgebiet						
Innere Medizin	135	1,993	7,338	1,773	30,362	<0,001
Chirurgie	107	2,411	11,150	2,611	47,614	<0,001
Psychiatrie	39	2,931	18,750	3,051	115,210	<0,001
Orthopädie	65	2,188	8,918	1,846	43,083	<0,001
Neurologie	60	1,080	2,940	0,584	14,841	0,028
Urologie	116	2,130	8,414	1,932	36,633	<0,001
HNO	51	1,865	6,458	1,276	32,691	<0,001
Geriatrie	49					
Krankenhaus						
KH Einfluss unabhängig von FG auf Entscheider <15%	446	0,610	1,840	0,777	4,359	0,020
KH Einfluss unabhängig von FG auf Entscheider >15%	178					
sozioökonomischer Status						
Oberschicht	105					
Mittelschicht	291	-0,597	0,550	0,218	1,388	0,034
Unterschicht	228	-0,892	0,410	0,158	1,060	0,002
Versorgungsstufe						
Regelversorgung	71	0,680	1,974	0,646	6,031	0,045
Schwerpunktversorgung	246	0,685	1,983	0,927	4,241	0,003
Maximalversorgung	308					

#### 4.6.7 Erkrankte Frauen der Gynäkologie (Tabelle 36)

##### 4.6.7.1 soziodemografisches Modell

Patienten der Gynäkologie, die der Unterschicht angehören, entscheiden seltener selber über das Krankenhaus (OR = 0,32).

Die logistische Regressionsanalyse zeigt für Unterschicht eine statistische Signifikanz.

Cohens  $f^2$  beträgt 0,17, was nach Cohen (1992) einem mittleren Effekt entspricht.

##### 4.6.7.2 komplexes Modell

Es lässt sich kein statistisch signifikanter Einfluss soziodemografischer Variablen, der Aufnahmesituation oder bestehender Erkrankung nachweisen.

**Tabelle 38: Einfluss soziodemografischer Merkmale und Merkmale der Aufnahmesituation auf die Möglichkeit selber über das Krankenhaus zu entscheiden für erkrankte Frauen der Gynäkologie**

soziodemografisches Modell = 1. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes R <sup>2</sup> = 0,147						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	95% Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
sozioökonomischer Status						
Oberschicht	19					
Mittelschicht	77	0,414	1,513	0,503	4,554	0,462
Unterschicht	51	-1,130	0,323	0,106	0,987	0,047
komplexes Modell = 2. und letzter Modellschritt mit Nagelkerkes R <sup>2</sup> = 0,217						
Variable	n	Regressions- koeffizient B	Odds Ratio	99,9% Konfidenzintervall		p
				unterer Wert	oberer Wert	
sozioökonomischer Status						
Oberschicht	19					
Mittelschicht	76	0,236	1,266	0,186	8,600	0,685
Unterschicht	48	-1,216	0,296	0,042	2,113	0,042
Versorgungsstufe						
Schwerpunktversorgung	73	1,156	3,178	0,890	11,352	0,003
Maximalversorgung	70					

#### **4.6.8 Überprüfung Arbeitshypothese 6**

Die soziodemografischen Merkmale Alter, Sozialschicht und Migrationsstatus beeinflussen bei erkrankten Patienten, erkrankten Frauen, erkrankten Männern sowie erkrankten Frauen der Gynäkologie die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus entscheiden zu können. Für das Merkmal Geschlecht lässt sich bei keiner Teilstichprobe ein Einfluss nachweisen. Weder die Teilstichprobe der gesunden Frauen der Geburtshilfe noch die Teilstichprobe der Eltern pädiatrischer Patienten zeigen sich durch die soziodemografischen Merkmale beeinflussbar. Die Arbeitshypothese kann für erkrankte Patienten, erkrankte Frauen, erkrankte Männer und erkrankte Frauen der Gynäkologie angenommen werden. Für gesunde Frauen der Geburtshilfe und Eltern pädiatrischer Patienten muss sie verworfen werden.

#### **4.6.9 Überprüfung Arbeitshypothese 7**

Die Aufnahmesituation, bestehende Erkrankungen und Vorerfahrungen beeinflussen bei gesunden Frauen der Geburtshilfe, erkrankten Patienten, erkrankten Frauen und erkrankten Männern die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus entscheiden zu können. Sowohl bei der Teilstichprobe der Eltern pädiatrischer Patienten als auch bei der Teilstichprobe der erkrankten Frauen der Gynäkologie lässt sich kein Einfluss nachweisen.

Die Arbeitshypothese kann für gesunde Frauen der Geburtshilfe, erkrankte Patienten, erkrankte Frauen und erkrankte Männer angenommen werden. Für Eltern pädiatrischer Patienten und erkrankte Frauen der Gynäkologie muss die Arbeitshypothese verworfen werden.

## 5 Diskussion

Die vorliegende Untersuchung an 1925 vollstationären Krankenhauspatienten verdeutlicht die Unterschiede und Gemeinsamkeiten der Patienten bei der Krankenhauswahl. Diese werden durch den Gesundheitszustand, das Fachgebiet, die persönliche Krankenhauserfahrung, die verfügbare Zeit vor Aufnahme, die Krankenhausversorgungsstufe und soziodemografische Faktoren der Patienten (Alter, Geschlecht, sozioökonomische Schicht, Migrationshintergrund) beeinflusst.

Das Verhalten der Gesamtstichprobe bei der Krankenhauswahl entspricht dem aktuellen Stand der Forschung. So ist die eigene Krankenhauskenntnis die wichtigste Informationsquelle (Victoor et al., 2012), gefolgt von Bezugspersonen wie Ärzten (Schaeffer, 2006; Turnpenny & Beadle-Brown, 2015; Victoor et al., 2012) und Angehörigen (de Cruppé & Geraedts, 2011; Schaeffer, 2006; Wiedenhöfer & Keppler, 2017). Auch das Internet wird häufig genannt (Aase & Timimi, 2013; Cline, 2001), wohingegen unabhängige Stellen selten als Informationsquellen genutzt werden (Geraedts, 2006). Turnpenny und Beadle-Brown (2015) erklären die Wahl der Informationsquellen mit dem hohen Maß an Vertrauen, das Patienten persönlichen Erfahrungen und subjektiven Informationen entgegenbringen.

Die eigene Vorerfahrung ist das wichtigste Entscheidungskriterium bei der Krankenhauswahl (de Cruppé & Geraedts, 2011; Victoor et al., 2012; Wiedenhöfer & Keppler, 2017), gefolgt vom Ruf des Krankenhauses (Burge et al., 2005; Fotaki et al., 2005; Lako & Rosenau, 2009; Mosadeghrad, 2014), den Empfehlungen von Bezugspersonen (Birk et al., 2011; Fotaki et al., 2005; Geraedts, 2006; Koch-Weser et al., 2019; Lako & Rosenau, 2009; Lane & Lindquist, 1988; Mosadeghrad, 2014; Victoor et al., 2012) und der Entfernung vom Zuhause (Beukers et al., 2014; Birk et al., 2011; Harold S. Luft et al., 1990; Smith et al., 2018). Qualitätsindikatoren spielen eine nachgeordnete Rolle (Faber et al., 2009; Fotaki et al., 2005; Fung et al., 2008; Ketelaar et al., 2011; Kolstad & Chernen, 2009; Marshall et al., 2000; Marshall & McLoughlin, 2010; Schneider & Epstein, 1998). Das Verhalten der Patienten bei der Krankenhauswahl resümieren Marshall und McLoughlin (2010) als eine sozial ausgerichtete Entscheidungsfindung, die auf den eigenen Erwartungen und Ängsten basiert und im direkten Kontakt mit Bezugspersonen stattfindet.

Die 3 Teilstichproben, die zur Untersuchung der Arbeitshypothesen vergleichend nach Fachgebieten und unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes untersucht

wurden, zeigen Unterschiede und Gemeinsamkeiten in der Krankenhauswahl (Cassell, 1993; de Cruppé & Geraedts, 2011; Øvretveit, 1996; Phibbs et al., 1993). So entscheiden in allen Teilstichproben die Patienten beziehungsweise die Eltern pädiatrischer Patienten zum Großteil selber über das Krankenhaus. Dennoch liegt der Anteil bei den gesunden Patienten deutlich über dem der erkrankten Patienten, die Eltern befinden sich dazwischen. Dieses Verhalten wird durch die Annahme gestützt, dass Patienten mit zunehmender Schwere der Erkrankung weniger in Entscheidungen involviert werden wollen (Beaver et al., 1996) und diese stattdessen an Vertrauenspersonen, wie den behandelnden Arzt, delegieren (de Cruppé & Geraedts, 2011; Øvretveit, 1996).

Die Möglichkeit, selber über ein Krankenhaus zu entscheiden, wird bei Eltern pädiatrischer Patienten nicht von den soziodemografischen Faktoren Schicht, Geschlecht, Alter und Migrationshintergrund, der Zeit vor Aufnahme, der Krankenhausvorerfahrung, dem Fachgebiet oder der Krankenhausversorgungsstufe beeinflusst. Für die gesunden Patienten zeigt sich, dass wenig Zeit vor Aufnahme die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu entscheiden, einschränkt, wohingegen die anderen Faktoren ebenfalls keinen Einfluss darauf nehmen. Demgegenüber wird bei erkrankten Patienten die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu entscheiden, durch alle Faktoren, mit Ausnahme des Geschlechts, beeinflusst. So haben erkrankte Patienten der Oberschicht, ohne Migrationshintergrund, im jüngeren Alter, die bereits im selben Krankenhaus stationär behandelt wurden, mit viel Zeit vor Aufnahme oder in einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung behandelt werden, häufiger die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu entscheiden.

Die unterschiedliche Einflussnahme der Faktoren auf die 3 Teilstichproben verdeutlicht zwei Aspekte. Zum einen scheint die Zeit vor Aufnahme für alle Patienten, unabhängig von ihrem Gesundheitszustand, bei der Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu entscheiden, ein limitierender Faktor zu sein, da in Akutsituationen die Krankenhauswahl häufiger durch eine andere Person erfolgt. Zum anderen deuten die Ergebnisse darauf hin, dass bei einem guten Gesundheitszustand die Möglichkeit, selber über ein Krankenhaus zu entscheiden, durch persönliche oder äußere Faktoren nicht beeinflusst wird. Demzufolge kann der Gesundheitszustand als ein entscheidender Einflussfaktor auf den Umfang der Patientenbeteiligung an der Krankenhauswahl angenommen werden.

Neben Unterschieden bezüglich des Entscheiders über das Krankenhaus differieren die Teilstichproben auch bezüglich der genutzten Informationsquellen und Entscheidungskriterien im Entscheidungsprozess.

Erkrankte Patienten informieren sich kaum und berücksichtigen bei der Krankenhauswahl primär die eigene Vorerfahrung. Auch für die Eltern pädiatrischer Patienten steht die eigene Krankenhauskenntnis als Informationsquelle im Vordergrund. Ihr wichtigstes Entscheidungskriterium ist die Arzt-Patienten-Beziehung, gefolgt von den Empfehlungen der behandelnden Ärzte und dem Ruf des Krankenhauses. Demgegenüber nutzen gesunde Patienten besonders viele Informationsquellen wie beispielsweise Berichte von Bezugspersonen, Krankenhausbesichtigungen, Informationsveranstaltungen des Krankenhauses und das Internet. Wichtigstes Entscheidungskriterium für die gesunden Patienten sind die Bezugspersonen (Geraedts, 2006). Auch die Entfernung vom Zuhause ist ein ausschlaggebender Faktor (Keating et al., 2016). Im Vergleich zeigt sich, dass sowohl gesunde Patienten als auch Eltern Qualitätsindikatoren mehr berücksichtigen als erkrankte Patienten (Geraedts, 2006; Schuldt et al., 2017). Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Krankenhauswahl bei allen 3 Teilstichproben als sozial ausgerichteter Prozess beschrieben werden kann (Marshall & McLoughlin, 2010), wenngleich die Berücksichtigung von Bezugspersonen in Abhängigkeit vom Gesundheitszustand zu variieren scheint. Erkrankte Patienten und Eltern pädiatrischer Patienten haben allem Anschein nach häufiger Krankenhauskenntnisse und können auf diese bei der Krankenhauswahl zurückgreifen. Gesunde Patienten gleichen diese scheinbar fehlende Kenntnis über das Heranziehen vieler verschiedener Informationsquellen aus. Zudem weisen die Ergebnisse darauf hin, dass der bessere Gesundheitszustand es den gesunden Patienten und Eltern eher ermöglicht, objektive Qualitätskriterien in die Entscheidung mit einzubeziehen.

Die Teilstichprobe der erkrankten Patienten lässt sich im Fachgebietsvergleich weiter differenzieren. Je nach Fachgebiet vergrößert beziehungsweise verkleinert sich die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu entscheiden. So besteht beispielsweise diese Möglichkeit bei chirurgischen Patienten achtmal häufiger als bei geriatrischen Patienten. Insgesamt haben Patienten der Geriatrie im Vergleich zu allen anderen in der Untersuchung berücksichtigten Fachgebieten am seltensten die Möglichkeit, selber zu entscheiden. Die Krankenhauswahl der erkrankten Patienten findet primär, wie im Vergleich der Teilstichproben beschrieben, unter Berücksichtigung der eigenen Krankenhauskenntnis statt. Dennoch finden sich fachgebietsspezifische Unterschiede in der Reihenfolge der genutzten Informationsquellen und der berücksichtigten Entscheidungskriterien. So nutzen die Patienten der HNO häufiger externe Informationsquellen als die eigene Krankenhauskenntnis. Auch das Internet geben sie häufig als Informationsquelle an. Die Empfehlungen der behandelnden Ärzte sind für die Patienten der HNO, der Orthopädie, der Neurologie und der Gynäkologie wichtiger als die eigene Vorerfahrung. Für die Patienten der Psychiatrie ist die Entfernung vom

Zuhause entscheidend und Qualitätsindikatoren werden besonders von Patienten der Gynäkologie berücksichtigt. Die genannten Unterschiede lassen sich am ehesten auf soziodemografische Faktoren wie Alter und Geschlecht, aber auch auf die Krankenhausvorerfahrung und die fachgebietsspezifische Krankheitssituation der Patienten zurückführen. So sind die Patienten der Geriatrie gemäß den Ergebnissen am ältesten und am häufigsten vorerkrankt und somit vermutlich häufig nicht in der körperlichen Verfassung, um an der Krankenhauswahl aktiv teilzunehmen. Zudem kann angenommen werden, dass sie sich auf ihre große Krankenhauserfahrung stützen können. Demgegenüber sind die Patienten der HNO besonders jung und krankenhauserfahren, wodurch sich ein erhöhtes Informationsbedürfnis erklären lässt. Für die Patienten der Psychiatrie wiederum hat der persönliche Kontakt zu Bezugspersonen am ehesten aufgrund der längeren Krankenhausaufenthalte und emotional komplexen Situationen eine zentrale Bedeutung.

Neben der Untersuchung der erkrankten Patienten nach Fachgebieten erfolgte auch eine Untersuchung nach Geschlechtern. Die Möglichkeit, selber über ein Krankenhaus zu entscheiden, wird bei beiden Geschlechtern durch verschiedene Faktoren beeinflusst. So haben erkrankte Frauen ohne Migrationshintergrund, die jung sind, viel Zeit vor Aufnahme haben, bereits im selben Krankenhaus stationär behandelt wurden oder in der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Gynäkologie, der Psychiatrie oder der Orthopädie behandelt werden, häufiger die Möglichkeit, selbst über das Krankenhaus zu entscheiden. Bei den erkrankten Männern ist dies bei jungen, der Oberschicht angehörigen, mit viel Zeit vor Aufnahme, in der Inneren Medizin, der Chirurgie, der Psychiatrie, der Orthopädie, der Urologie oder der HNO behandelten, der Fall. Es lässt sich zusammenfassend feststellen, dass das Fachgebiet, die Zeit vor Aufnahme und das Alter geschlechtsübergreifend die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu bestimmen, zu beeinflussen scheinen und somit als maßgebliche Faktoren angenommen werden können.

Bezüglich der Informationsquellen und Entscheidungskriterien zeigen die Ergebnisse für die Teilstichprobe der erkrankten Patienten nur geringfügige Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Lediglich die Arzt-Patienten-Beziehung wird von Frauen bei der Krankenhauswahl häufiger berücksichtigt als von Männern. Frauen und Männer sind im direkten Vergleich gleich aktiv im Entscheidungsprozess, haben die gleiche Zeit vor Aufnahme zur Verfügung und weisen eine gleich große Krankenhauserfahrung auf. Damit stehen die Erkenntnisse im Einklang mit den Ergebnissen der Übersichtsarbeit von Victoor et al. (2012), die ebenfalls kaum Hinweise auf geschlechtsspezifische Unterschiede finden. Der Widerspruch gegenüber den Studienergebnissen von



Geraedts und Amhof (2008) an gesunden Probanden, die das Geschlecht als die ausschlaggebende soziodemografische Variabel beschreiben, lässt die Annahme zu, dass eine Untersuchung an erkrankten Patienten zu anderen Ergebnissen führt als eine Untersuchung an gesunden Teilnehmern.

Der letzte Schritt der Untersuchung präzisiert die Unterschiede in der Krankenhauswahl nach Gesundheitszustand durch den Vergleich des heterogenen Fachgebiets Gynäkologie und Geburtshilfe, der eine fachgebietsabhängige Untersuchung ohne den Einfluss des soziodemografischen Faktors Geschlecht ermöglicht.

Zwischen den erkrankten, weiblichen Patienten der Gynäkologie und den gesunden, weiblichen Patienten der Geburtshilfe bestehen vielfach Unterschiede bei der Krankenhauswahl.

Die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu entscheiden, wird in der Gynäkologie von der Schichtzugehörigkeit beeinflusst und in der Geburtshilfe von der Zeit vor Aufnahme. So können erkrankte, weibliche Patienten der Gynäkologie, die der Unterschicht angehören, und gesunde, weibliche Patienten der Geburtshilfe mit wenig Zeit vor Aufnahme seltener selbst entscheiden. Die geringe Anzahl an Einflussfaktoren bei den erkrankten, weiblichen Patienten der Gynäkologie im Vergleich zur Gesamtstichprobe der erkrankten Patienten kann am ehesten auf den Einfluss des Faktors Fachgebiet zurückgeführt werden.

Entsprechend anderer Forschungsergebnisse sind die gesunden, weiblichen Patienten der Geburtshilfe aktiver, indem sie sich mehr über das Krankenhaus informieren (de Cruppé & Geraedts, 2011). Sie berücksichtigen besonders Informationen, die sie von Angehörigen erhalten, nutzen Informationsveranstaltungen der Krankenhäuser, um sich vor Ort ein Bild zu machen (de Cruppé & Geraedts, 2011; Wiedenhöfer & Keppler, 2017) und dabei für sie wichtige Ausstattungsmerkmale prüfen zu können (Tayyari Dehbarez, Lou, et al., 2018; Tayyari Dehbarez, Raun Mørkbak, et al., 2018) sowie das Internet. Dies mag im Besonderen an der längeren Zeit liegen, die ihnen vor dem Krankenhausaufenthalt zur Verfügung steht (de Cruppé & Geraedts, 2011; Phibbs et al., 1993). Das wichtigste Entscheidungskriterium ist die Entfernung vom Zuhause, gefolgt von den Empfehlungen Angehöriger und dem Ruf des Krankenhauses. Zudem berücksichtigen sie vermehrt Qualitätsindikatoren (Lux et al., 2011; Phibbs et al., 1993; Wiedenhöfer & Keppler, 2017).

Die erkrankten, weiblichen Patienten der Gynäkologie verlassen sich bei der Krankenhauswahl, entsprechend vorliegender Forschungsergebnisse, häufig auf ihre eigene Krankenhauskenntnis und ihre eigene Erfahrung, anstatt weitere Informationsquellen zu nutzen (Geraedts, 2006). Daneben ist der Facharzt die wichtigste Informationsquelle (de Cruppé & Geraedts, 2011; Lux et al., 2011) und seine

Empfehlung das wichtigste Entscheidungskriterium (Lako & Rosenau, 2009; Lux et al., 2011).

Trotz der beschriebenen Heterogenität der beiden Subgruppen bezüglich Alter, Gesundheitszustand, Krankenhauserfahrung und Aktivität in der Krankenhauswahl zeigen sich auch Übereinstimmungen. Eine Gemeinsamkeit besteht darin, dass sich ihr Vorgehen als beziehungsbasiert beschreiben lässt (Marshall & McLoughlin, 2010), wenngleich unterschiedliche Bezugspersonen bevorzugt werden. Zudem scheint die Arzt-Patienten-Beziehung im Krankenhaus beiden Patientengruppen wichtig zu sein, mit einer leichten Präferenz seitens der erkrankten, weiblichen, gynäkologischen Patienten (Geraedts, 2006).

### **5.1 Stärken und Limitationen**

Die Stärke der Studie liegt in der erhobenen Stichprobe, die statt nur eine spezifische Diagnose oder Eingriffsart zu berücksichtigen, alle Aufnahmen und damit alle Diagnosen und Eingriffsarten einschließt. Dies ermöglicht, die Fachgebiete in ihrer Gesamtheit repräsentieren zu können.

Folgende Begrenzungen der Studie sind zu beachten: Erstens wurden nicht alle Fachgebiete und damit nicht alle stationären Patienten in die Studie mit einbezogen. Zweitens fand die Erhebung ganz überwiegend im Bundesland Nordrhein-Westfalen statt, wodurch andere Regionen Deutschlands nicht unmittelbar repräsentiert sind. Drittens sind unter den 19% Nicht-Teilnehmern zahlreiche Patienten dauerhaft beeinträchtigt, weshalb diese Personen mutmaßlich aufgrund ihres eingeschränkten Gesundheitszustandes eine passivere Rolle als Studienteilnehmer bei der Krankenhauswahl einnehmen. Viertens liegen keine näheren Informationen zu Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund der Eltern, die den Fragebogen ausgefüllt haben, vor. Sechstens werden keine fachgebietsspezifischen Themen, wie Übernachtungsmöglichkeiten der Eltern auf der Pädiatrie oder die Bedeutung der gewünschten Entbindungsart, den Stellenwert einer Hebamme bei Entscheidungen zum Geburtsort und nachgeburtliche Betreuungsangebote in der Geburtshilfe, erhoben. Zuletzt wurden in der Studie keine Fachkliniken berücksichtigt.

### **5.2 Zukünftige Forschung**

Die vorliegende Dissertation liefert wichtige Erkenntnisse über die Krankenhauswahl. Dennoch finden sich zahlreiche ungeklärte Aspekte, die weiterer Forschung bedürfen. Um eine patientenzentrierte Krankenhauswahl zu ermöglichen erscheint es sinnvoll, Untersuchungen zu den hier nicht erwähnten Fachgebieten durchzuführen, um so die

Gesamtheit der stationären Patienten abbilden zu können. Hierzu wäre auch die deutschlandweite Erhebung von Daten sinnvoll, um Verzerrungen durch regionale Unterschiede entgegenzuwirken. Eine Weiterentwicklung des vorliegenden Fragebogens zur Erhebung fachgebietsspezifischer Themen kann zu einer zusätzlichen Schärfung des Patientenbildes führen. Insbesondere in der Pädiatrie könnten nähere Untersuchungen zur Krankenhauswahl die komplexe Entscheidungssituation, in der Kinder und Eltern im Verbund oder alleine entscheiden, beleuchten. Auch die Ergebnisse der vorliegenden Dissertation, die mit Erkenntnissen anderer Studien nicht in Einklang stehen, gilt es näher zu erforschen, um zu eruieren, welche Aspekte letztlich ausschlaggebend für das Krankenhauswahlverhalten sind. Insbesondere die hier konstatierte Gleichheit der Geschlechter bedarf in Anbetracht der aktuell unklaren Studienlage einer empirischen Überprüfung. Abschließend wird für zukünftige Forschungsvorhaben zum Thema Krankenhauswahl die Datenerhebung bei Patienten empfohlen, da sich ihr Verhalten von gesunden Probanden maßgeblich unterscheidet.

### **5.3 Praktische Implikationen**

Die vorliegenden Ergebnisse zur Krankenhauswahl können Behandlern und Krankenhäusern vermitteln, welche Maßnahmen sie ergreifen können, um eine patientenbasierte Krankenhauswahl zu fördern und zur Zufriedenheit seitens der Patienten beizutragen.

Positive Krankenhauserfahrungen können die Loyalität der Patienten fördern und zum guten Ruf des Krankenhauses beitragen. Auch die Meinung der niedergelassenen Behandler über ein Krankenhaus kann durch Erfahrungsberichte der Patienten geprägt werden.

Der Gesundheitszustand scheint den Wunsch nach Partizipation im Entscheidungsprozess zu beeinflussen. Je kränker Patienten sind, desto eher eingeschränkt ist ihre Möglichkeit, um Informationen zu verarbeiten und eine rationale Entscheidung zu treffen. Für solche Patienten sollten Informationen kurz und kompakt aufbereitet und durch einen Behandler vermittelt werden.

Eltern pädiatrischer Patienten zeigen vergleichsweise einen hohen Informationsbedarf. Auch hier könnte sich die Aufbereitung von Informationen mit Fokus auf die Arzt-Patienten-Beziehung lohnen, um den Bedürfnissen gerecht zu werden.

Gesunde Patienten erscheinen ähnlich wie Eltern pädiatrischer Patienten stärker aktiv im Entscheidungsprozess. Sie können und wollen eine größere Menge an Informationen aufnehmen und können sowohl über persönlichen Kontakt als auch über das Internet informiert werden.

Patienten der Geburtshilfe informieren sich häufiger direkt vor Ort über das Krankenhaus, um das Krankenhaus samt Personal, technischer Ausstattung und Atmosphäre kennenzulernen. Dies gibt Krankenhäusern die Möglichkeit, den Entscheidungsprozess durch verschiedene Angebote mitzugestalten.

Die Unterschiede, die sich zwischen den Fachgebieten zeigen, implizieren, dass Informationen für jedes Fachgebiet anders aufbereitet und durch die Ärzte unterschiedlich vermittelt werden sollten.

#### **5.4 Schlussfolgerung**

Die Patienten und die Eltern pädiatrischer Patienten entscheiden häufig selber über das Krankenhaus und gehen dabei beziehungs- und erfahrungsbasiert vor. Dabei zeigen sich gesundheitsbedingte und fachgebietsspezifische Unterschiede. Alle Arbeitshypothesen können mit Einschränkungen angenommen werden. Als Fazit sollen folgende 9 zentrale Aspekte der Arbeitshypothesen zur Krankenhauswahl herausgestellt werden:

1. Erkrankte Patienten berücksichtigen eine geringere Anzahl an Informationsquellen und Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl. Sie verlassen sich primär auf ihre eigene Vorerfahrung, gefolgt von Empfehlungen von Bezugspersonen, dem Ruf des Krankenhauses und der Entfernung vom Zuhause. Qualitätsindikatoren und die Arzt-Patienten-Beziehung spielen für sie eine nachgeordnete Rolle.
2. Gesunde Patienten entscheiden am häufigsten selbst über das Krankenhaus, haben einen hohen Informationsbedarf und beziehen eine größere Anzahl Kriterien wie die Empfehlungen Angehöriger, den Ruf des Krankenhauses und die Entfernung vom Zuhause, aber auch Qualitätsindikatoren bei ihrer Entscheidung mit ein.
3. Eltern pädiatrischer Patienten entscheiden häufiger selbst bei der Krankenhauswahl als erkrankte Patienten, jedoch weniger häufig als gesunde Patienten. Sie verlassen sich einerseits auf ihre eigene Vorerfahrung, beziehen in ihre Entscheidung dennoch eine Vielzahl von Kriterien, insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung, mit ein.
4. Zwischen den erkrankten Patienten bestehen fachgebietsspezifische Unterschiede. Sie nutzen unterschiedliche Informationsquellen und unterschiedliche Entscheidungskriterien wie die eigene Erfahrung, der Krankenhausruf, Bezugspersonen, die Entfernung vom Zuhause, die Arzt-Patienten-Beziehung und Qualitätsindikatoren, beeinflusst durch ihre soziodemografischen Merkmale, Krankenvorerfahrung und den Aufnahmekontext.
5. Es zeigen sich nur geringfügige geschlechtsspezifische Unterschiede der erkrankten Patienten. Frauen und Männer sind ähnlich aktiv im Entscheidungsprozess, haben annähernd die gleiche Zeit vor Aufnahme zur Verfügung und weisen eine etwa gleichgroße Krankenhauserfahrung auf.

6. Die Patienten des Fachgebietes Gynäkologie und Geburtshilfe spiegeln die gesundheitsbedingten Unterschiede im Krankenhauswahlprozess, wider. Die gesunden, weiblichen Patienten der Geburtshilfe sind aktiver, informieren sich persönlich im Krankenhaus und beziehen als Entscheidungskriterien häufiger Qualitätsindikatoren und das Internet mit ein. Die erkrankten, weiblichen Patienten der Gynäkologie verlassen sich auf Empfehlungen von Bezugspersonen, insbesondere des Facharztes und berücksichtigen den Ruf des Krankenhauses sowie die Arzt-Patienten-Beziehung.
7. Die verfügbare Zeit vor Aufnahme beeinflusst bei erkrankten Patienten die Nutzung von Informationsquellen und die Berücksichtigung von Entscheidungskriterien bei der Krankenhauswahl, wohingegen sich der Einfluss bei gesunden Patienten und Eltern deutlich geringer darstellt.
8. Die soziodemografischen Merkmale mit Ausnahme des Geschlechts beeinflussen bei erkrankten Patienten die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus entscheiden zu können, wohingegen sie gesunde Patienten und Eltern unbeeinflusst lassen.
9. Die Aufnahmesituation, bestehende Erkrankungen und Vorerfahrungen beeinflussen sowohl bei erkrankten als auch bei gesunden Patienten die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus entscheiden zu können, wohingegen Eltern nicht beeinflusst werden.

## 6 Zusammenfassung

### 6.1 Einleitung

Die freie Krankenhauswahl wird in Deutschland gesundheitspolitisch gefördert. Sie soll die Mitsprache der Patienten erhöhen und die Qualität der Gesundheitsversorgung durch einen gesteigerten Wettbewerb zwischen den Krankenhäusern verbessern.

Wenngleich zahlreiche Studien bereits Erkenntnisse zur Krankenhauswahl liefern, liegen für das deutsche Gesundheitssystem noch keine Arbeiten vor, die die Vorgehensweise in der Behandlungssituation, eingriffs- und diagnoseübergreifend, vergleichend nach Fachgebieten und unter Berücksichtigung des Gesundheitszustandes untersuchen. Das Ziel dieser Arbeit ist es, Erkenntnisse über das Krankenhauswahlverhalten aller stationär behandelten Patienten in Deutschland unter Beachtung des Gesundheitszustandes und des Geschlechts zu gewinnen. Hierfür werden Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen erkrankten Patienten, gesunden Patienten und Eltern pädiatrischer Patienten, vergleichend nach Fachgebieten und unter Berücksichtigung der Zeit vor Aufnahme, untersucht. Zusätzlich erfolgen zwei vertiefende Gruppenvergleiche zum Einfluss der Faktoren Geschlecht und Gesundheitszustand. Abschließend werden potentielle Einflussfaktoren auf die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu entscheiden, untersucht.

### 6.2 Material und Methoden

Die Arbeitshypothesen werden mit Primärdaten aus einer querschnittlichen Erhebung überprüft. Die Primärdatenerhebung basiert auf fragebogengestützten Interviews an 1925 Patienten aus 46 Abteilungen in 17 verschiedenen Krankenhäusern in 5 verschiedenen Regionen Nordrhein-Westfalens und 1 rheinland-pfälzischen Region und umfasst 11 medizinische Disziplinen, die im Erhebungsjahr 2012 91,9% der gesamten vollstationären Krankenhausaufenthalte in Deutschland ausmachten. Diese sind die Innere Medizin, Chirurgie, Gynäkologie, Geburtshilfe, Pädiatrie, Psychiatrie, Orthopädie, Neurologie, Urologie, HNO und Geriatrie. Für die vorliegenden Arbeitshypothesen werden die Patienten nach Gesundheitszustand in 3 Teilstichproben unterteilt, in (1.) erkrankte Patienten, (2.) gesunde Patienten und (3.) Eltern pädiatrischer Patienten. Zusätzlich wird aus der Teilstichprobe der erkrankten Patienten die Teilstichprobe der (4.) erkrankten Frauen der Gynäkologie isoliert. Die Daten werden zunächst deskriptiv statistisch und anschließend inferenzstatistisch mit Chi-Quadrat-Test, t-Test, einfaktorieller Varianzanalyse (ANOVA) sowie logistischen Regressionsanalysen analysiert. Aufgrund des multiplen Testens liegt das nach Bonferroni korrigierte Signifikanzniveau bei  $p < 0,0007$ .

### **6.3 Ergebnisse**

Die Patienten aller Analysegruppen entscheiden größtenteils selbst über das Krankenhaus. Der Anteil unter den gesunden Patienten ist dennoch höher als der der Eltern und nochmals höher als der der erkrankten Patienten. Es zeigt sich, dass die Zeit vor Aufnahme einen deutlichen Einfluss auf die Möglichkeit hat, selbst über das Krankenhaus zu entscheiden. Andere Faktoren wie beispielsweise Alter, Fachgebiet oder Migrationshintergrund spielen nur in der Gruppe der erkrankten Patienten eine Rolle und lassen die gesunden Patienten und die Eltern unbeeinflusst. Die eigene Krankenhauskenntnis ist die wichtigste Informationsquelle und das wichtigste Entscheidungskriterium für die erkrankten Patienten, wobei sich fachgebietsspezifische Unterschiede in der Reihenfolge der Informationsquellen und Entscheidungskriterien finden. Zwischen erkrankten Frauen und erkrankten Männern sind diese Unterschiede nur geringfügig. Für die gesunden Patienten stehen die Angehörigen im Vordergrund. Eltern pädiatrischer Patienten greifen ebenso wie erkrankte Patienten auf ihre Vorerfahrung zurück, beziehen als Entscheidungskriterium jedoch häufiger das Verhalten der Ärzte gegenüber ihren Kindern mit ein. Qualitätsindikatoren spielen insgesamt eine nachgeordnete Rolle, werden von gesunden Patienten und Eltern aber deutlich häufiger berücksichtigt als von erkrankten Patienten. Entsprechende gesundheitsbedingte Unterschiede zeigen sich auch im Vergleich der erkrankten Patienten der Gynäkologie mit den gesunden Patienten der Geburtshilfe. So entscheiden die gesunden Patienten der Geburtshilfe häufiger selbst über das Krankenhaus, informieren sich mehr und nutzen zusätzliche Informationsquellen wie Informationsveranstaltungen und das Internet, wohingegen die erkrankten Patienten der Gynäkologie ihre Entscheidung auf Grundlage der eigenen Vorerfahrung treffen.

### **6.4 Diskussion**

Das Verhalten der Patienten bei der Krankenhauswahl kann insgesamt als eine sozial ausgerichtete Entscheidungsfindung, die auf Vertrauen basiert und im direkten Kontakt mit Bezugspersonen stattfindet, beschrieben werden. Mit zunehmender Schwere der Erkrankung wollen Patienten weniger in Entscheidungen involviert werden und diese stattdessen an Vertrauenspersonen abgeben, da sie sich psychisch und physisch in einer Ausnahmesituation befinden. So ermöglicht der bessere Gesundheitszustand den gesunden Patienten und den Eltern auch objektive Qualitätskriterien in die Entscheidung mit einzubeziehen. Demzufolge kann der Gesundheitszustand als ein entscheidender Einflussfaktor der Krankenhauswahl angenommen werden. Im Falle, dass erkrankte Patienten selber entscheiden, greifen sie meist auf eigene Erfahrungen zurück, die sie krankheitsbedingt sammeln konnten, wohingegen gesunde Patienten den fehlenden Erfahrungen mit vermehrter Informationssuche begegnen. Auch Eltern pädiatrischer

Patienten besitzen durch die Erkrankung des eigenen Kindes Krankenhauserfahrungen, die sie im Entscheidungsprozess berücksichtigen. Die Unterschiede zwischen den Patienten der einzelnen Fachgebiete spiegeln sich in ihrem unterschiedlichen Verhalten bei der Krankenhauswahl wider. Die Untersuchung der erkrankten Frauen und Männer zeigt ein ähnliches Krankenhauswahlverhalten ohne Hinweise auf ausgeprägte geschlechtsbedingte Unterschiede. Dementsprechend ist der Einfluss des Fachgebiets, der Zeit vor Aufnahme und des Alters auf die Möglichkeit, selber über das Krankenhaus zu bestimmen, geschlechtsübergreifend.

## **6.5 Schlussfolgerung**

Die Krankenhauswahl erfolgt sowohl bei erkrankten als auch bei gesunden Patienten und Eltern pädiatrischer Patienten beziehungs- und erfahrungsbasiert. Dennoch bestehen Unterschiede zwischen den Analysegruppen. Erkrankte Patienten entscheiden seltener selber über das Krankenhaus als Eltern pädiatrischer Patienten oder gesunde Patienten. Zudem berücksichtigen sie eine geringere Anzahl an Informationsquellen und Entscheidungskriterien. Gesunde Patienten informieren sich am meisten und beziehen vergleichsweise häufig objektive Kriterien in ihre Entscheidung mit ein. Eltern pädiatrischer Patienten berücksichtigen insbesondere die Arzt-Patienten-Beziehung und liegen mit ihrem Verhalten zwischen dem der gesunden und dem der erkrankten Patienten. Es bestehen fachgebietsspezifische Unterschiede der Berücksichtigung und Reihenfolge von Informationsquellen und Entscheidungskriterien. Geschlechtsspezifische Unterschiede zeigen sich kaum. Die Patienten des Fachgebietes Gynäkologie und Geburtshilfe spiegeln die gesundheitsbedingten Unterschiede ohne Geschlechtsunterschiede für Frauen wider.



## 7 Summary

### 7.1 Introduction

Free choice of hospital is promoted in health policy in Germany. It is intended to increase patient participation and improve the quality of health care through increased competition between hospitals. Although numerous studies already provide findings on hospital choice, there are no studies yet available for the German health care system that examine the approach to the treatment situation, across interventions and diagnoses, comparatively by speciality and taking into account health status. The aim of this work is to gain insights into the hospital choice behaviour of all inpatients in Germany, taking into account health status and gender. For this purpose, differences and similarities between ill patients, healthy patients and parents of paediatric patients are investigated, comparatively according to speciality and taking into account the time before admission. In addition, two in-depth group comparisons are made on the influence of the factors gender and health status. Finally, potential factors influencing the possibility of deciding on the hospital themselves are investigated.

### 7.2 Methods

The working hypotheses are tested with primary data from a cross-sectional survey. The primary data collection is based on questionnaire-based interviews on 1925 patients from 46 departments in 17 different hospitals in 5 different regions of North Rhine-Westphalia and 1 region of Rhineland-Palatinate and includes 11 medical disciplines that accounted for 91.9% of total full inpatient hospitalisations in Germany in the survey year 2012. These are internal medicine, surgery, gynecology, obstetrics, pediatrics, psychiatry, orthopedics, neurology, urology, ENT and geriatrics. For the present working hypotheses, patients are divided into 3 subsamples according to their health status in (1.) ill patients, (2.) healthy patients, and (3.) parents of pediatric patients. In addition, the subsample of (4.) ill gynecological female patients is isolated from the subsample of ill patients. Data will be analysed descriptively statistically and inferentially using chi-square test, t-test, one-way analysis of variance (ANOVA), and logistic regression analyses. Due to multiple testing, the Bonferroni-corrected significance level is  $p < 0.0007$ .

### 7.3 Results

The patients in all analysis groups largely decide on the hospital themselves. The proportion among healthy patients is nevertheless higher than that of parents and again higher than that of ill patients. It can be seen that the time before admission has a clear influence on the possibility to decide about the hospital by oneself. Other factors such as age, speciality or migration background only play a role in the group of ill patients and

leave the healthy patients and parents uninfluenced. The own hospital knowledge is the most important source of information and the most important decision criterion for the ill patients, whereby specialty-specific differences are found in the order of the sources of information and decision criteria. These differences are only slight between women and men with the disease. For the healthy patients, the relatives are most important in the decision-making process. Parents of paediatric patients, like ill patients, draw on their previous experience, but more often include the doctors' behaviour towards their children as a decision criterion. Quality indicators play a subordinate role overall, but are taken into account significantly more often by healthy patients and parents than by ill patients. Corresponding health-related differences can also be seen in the comparison of ill patients in gynaecology with healthy patients in obstetrics. Thus, the healthy obstetrics patients decide more often on the hospital themselves, inform themselves more and use additional sources of information such as information events and the Internet, whereas the ill gynaecology patients make their decision on the basis of their own previous experience.

#### **7.4 Discussion**

The behaviour of patients in choosing a hospital can be described overall as a socially oriented decision-making process based on trust and taking place in direct contact with caregivers. With increasing severity of the disease, patients want to be less involved in decisions and instead hand them over to trusted persons, as they are in an exceptional situation psychologically and physically. Thus, the better state of health enables the healthy patients and the parents to include objective quality criteria in the decision. Consequently, the state of health can be assumed to be a decisive factor influencing the choice of hospital. In the case that ill patients decide for themselves, they usually fall back on their own experiences that they were able to gather due to their illness, whereas healthy patients counter the lack of experience with an increased search for information. Parents of paediatric patients also have hospital experience due to the illness of their own child, which they take into account in the decision-making process. The differences between patients in the individual specialties are reflected in their different behaviour when choosing a hospital. The study of the ill women and men shows similar hospital choice behaviour without indications of pronounced gender-related differences. Accordingly, the influence of the speciality, the time before admission and the age of being able to decide on the hospital themselves is cross-gender.

#### **7.5 Conclusion**

Hospital choice is relationship- and experience-based for both ill and healthy patients and parents of paediatric patients. Nevertheless, there are differences between the

analysis groups. Ill patients are less likely to decide on the hospital themselves than parents of paediatric patients or healthy patients. They also consider a smaller number of information sources and decision criteria. Healthy patients inform themselves the most and comparatively often include objective criteria in their decision. Parents of paediatric patients take the doctor-patient relationship into account in particular and their behaviour lies between that of healthy and that of ill patients. There are subject-specific differences in the consideration and sequence of information sources and decision criteria. There are hardly any gender-specific differences. The patients in the field of gynaecology and obstetrics reflect the health-related differences without gender differences for women.

## 8 Literaturverzeichnis

- Aase, L., & Timimi, F. K. (2013). Health Care Social Media: Engagement and Health Care in the Digital Era. *Clinical Obstetrics & Gynecology*, 56(3), 471–476. <https://doi.org/10.1097/GRF.0b013e31829d6058>
- Aggarwal, A., Lewis, D., Charman, S. C., Mason, M., Clarke, N., Sullivan, R., & van der Meulen, J. (2018). Determinants of Patient Mobility for Prostate Cancer Surgery: A Population-based Study of Choice and Competition. *European Urology*, 73(6), 822–825. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.07.013>
- Aggarwal, A., Lewis, D., Mason, M., Sullivan, R., & van der Meulen, J. (2017). Patient Mobility for Elective Secondary Health Care Services in Response to Patient Choice Policies: A Systematic Review. *Medical Care Research and Review*, 74(4), 379–403. <https://doi.org/10.1177/1077558716654631>
- Albers, Klapper, Konradt, Walter, & Wolf. (2007). *Methodik der empirischen Forschung* (2., überarb. und erw. Aufl). Gabler.
- Anell, A., Rosén, P., & Hjortsberg, C. (1997). Choice and participation in the health services: A survey of preferences among swedish residents. *Health Policy*, 40(2), 157–168. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(96\)00891-3](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(96)00891-3)
- Beaver, K., Luker, K. A., Owens, R. G., Leinster, S. J., Degner, L. F., & Sloan, J. A. (1996). Treatment decision making in women newly diagnosed with breast cancer: *Cancer Nursing*, 19(1), 8–19. <https://doi.org/10.1097/00002820-199602000-00002>
- Beukers, P. D. C., Kemp, R. G. M., & Varkevisser, M. (2014). Patient hospital choice for hip replacement: Empirical evidence from the Netherlands. *The European Journal of Health Economics: HEPAC: Health Economics in Prevention and Care*, 15(9), 927–936. <https://doi.org/10.1007/s10198-013-0535-7>
- Bidmon, S., & Terlutter, R. (2015). Gender Differences in Searching for Health Information on the Internet and the Virtual Patient-Physician Relationship in Germany: Exploratory Results on How Men and Women Differ and Why. *Journal of Medical Internet Research*, 17(6), e156. <https://doi.org/10.2196/jmir.4127>
- Birk, H. O., Gut, R., & Henriksen, L. O. (2011). Patients' experience of choosing an outpatient clinic in one county in Denmark: Results of a patient survey. *BMC Health Services Research*, 11, 262. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-262>
- Blake, R. S., & Clarke, H. D. (2019). Hospital Compare and Hospital Choice: Public Reporting and Hospital Choice by Hip Replacement Patients in Texas. *Medical Care Research and Review: MCRR*, 76(2), 184–207. <https://doi.org/10.1177/1077558717699311>
- Böcken, J., Repschläger, U., & Braun, B. (2013). Anhang: Messung der Sozialschichtzugehörigkeit. In *Böcken, Braun B, Reipschläger U (Hrsg)*

- Gesundheitsmonitor 2012. *Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. (S. 271–272). Bertelsmann Stiftung.
- Bozic, K. J., Kaufman, D., Chan, V. C., Caminiti, S., & Lewis, C. (2013). Factors that influence provider selection for elective total joint arthroplasty. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 471(6), 1865–1872. <https://doi.org/10.1007/s11999-012-2640-9>
- Bundesministerium für Gesundheit. (2020). *Ratgeber Krankenhaus*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/publikationen/gesundheit/details.html?bmg%5Bpubid%5D=2958>
- Burge, P., Devlin, N., Appleby, J., Rohr, C., & Grant, J. (2005). *London Patient Choice Project Evaluation: A model of patients' choices of hospital from stated and revealed preference choice data*. RAND Corporation. <https://doi.org/10.7249/TR230>
- Burgess, S., Propper, C., & Wilson, D. (2005). *Choice. Will More Choice Improve the Outcomes in Education and Health Care? The Evidence from Economic Research*. CMPO, University of Bristol.
- Cassell, E. J. (1993). Patient choices and medical decision-making: The ideal versus the reality. *Pride Institute Journal of Long Term Home Health Care*, 12(2), 31–36.
- Cline, R. J. W. (2001). Consumer health information seeking on the Internet: The state of the art. *Health Education Research*, 16(6), 671–692. <https://doi.org/10.1093/her/16.6.671>
- de Cruppé, W., & Geraedts, M. (2011). [How do patients choose a hospital for elective surgery?]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 54(8), 951–957. <https://doi.org/10.1007/s00103-011-1320-3>
- Eurostat. (2020, Oktober 13). *Bevölkerung am 1. Januar nach Alter, Geschlecht und NUTS 2 Regionen*. <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do>
- Faber, M., Bosch, M., Wollersheim, H., Leatherman, S., & Grol, R. (2009). Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Use Quality-of-Care Information?: A Systematic Review. *Medical Care*, 47(1), 1–8. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e3181808bb5>
- Fischer, S., Pelka, S., & Riedl, R. (2015). Understanding patients' decision-making strategies in hospital choice: Literature review and a call for experimental research. *Cogent Psychology*, 2(1). <https://doi.org/10.1080/23311908.2015.1116758>
- Fotaki, M. (2011). Towards developing new partnerships in public services: Users as consumers, citizens and/or co-producers in health and social care in England and Sweden. *Public Administration*, 89(3), 933–955. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9299.2010.01879.x>
- Fotaki, M. (2013). Is Patient Choice the Future of Health Care Systems? *International Journal of Health Policy and Management*, 1(2), 121–123.

<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2013.22>

Fotaki, M., Boyd, A., McDonald, R., Smith, L., Roland, M., Edwards, A., Elwyn, G., & Sheaff, R. (2005). *Patient Choice and the Organisation and Delivery of Health Services: Scoping Review*. NCCSDO, Manchester Business School. [http://www.netscc.ac.uk/netscc/hsdr/files/project/SDO\\_A1\\_08-1410-080\\_V01.pdf](http://www.netscc.ac.uk/netscc/hsdr/files/project/SDO_A1_08-1410-080_V01.pdf)

Fotaki, M., Roland, M., Boyd, A., McDonald, R., Scheaff, R., & Smith, L. (2008). What benefits will choice bring to patients? Literature review and assessment of implications. *Journal of Health Services Research & Policy*, 13(3), 178–184. <https://doi.org/10.1258/jhsrp.2008.007163>

Fung, C. H., Lim, Y.-W., Mattke, S., Damberg, C., & Shekelle, P. G. (2008). Systematic Review: The Evidence That Publishing Patient Care Performance Data Improves Quality of Care. *Annals of Internal Medicine*, 148(2), 111. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-148-2-200801150-00006>

Gemeinsamer Bundesausschuss. (2019). *Beschluss Beauftragung IQTIG: Veröffentlichung von einrichtungsbezogenen vergleichenden risikoadjustierten Übersichten über die Qualität in maßgeblichen Bereichen der stationären Versorgung (G-BA-Qualitätsportal)*. <https://www.g-ba.de/beschluesse/3650/>

Geraedts, M. (2006). Qualitätsberichte deutscher Krankenhäuser und Qualitätsvergleiche von Einrichtungen des Gesundheitswesens aus Versichertensicht. In In: Böcken J, Braun B, Amhof R, Schnee M (Hrsg). *Gesundheitsmonitor 2006. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. Bertelsmann Stiftung.

Geraedts, M., & Amhof, R. (2008). Geschlechterunterschiede beim Bedarf an Qualitätsinformationen über Einrichtungen der Gesundheitsversorgung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 51(1), 53–60. <https://doi.org/10.1007/s00103-008-0419-7>

Geraedts, M., & de Cruppé, W. (2011). Wahrnehmung und Nutzung von Qualitätsinformationen durch Patienten. In *Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.). Krankenhaus-Report 2011. Schwerpunkt: Qualität durch Wettbewerb*. (S. 93–104). Schattauer-Verlag.

Geuter, G., & Weber, J. (2009). *Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl – untersucht unter besonderer Berücksichtigung des Internets*. <http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/ipw-140.pdf>

Hannan, E. L., Sarrazin, M. S. V., Doran, D. R., & Rosenthal, G. E. (2003). Provider Profiling and Quality Improvement Efforts in Coronary Artery Bypass Graft Surgery: The Effect on Short-Term Mortality Among Medicare Beneficiaries. *Medical Care*, 41(10), 1164–1172. <https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000088452.82637.40>

- Harold S. Luft et al. (1990). Does quality influence choice of hospital? *The journal of the American Medical Association*, 263\5021\51, 2899–2906.
- Harris, K. M., & Beeuwkes Buntin, M. (2008). *Choosing a healthcare provider: The role of quality information*. 14, 1,3,8,11.
- Ito, H., & Sugawara, H. (2005). Relationship between accreditation scores and the public disclosure of accreditation reports: A cross sectional study. *Quality & Safety in Health Care*, 14(2), 87–92. <https://doi.org/10.1136/qshc.2004.010629>
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect Theory: An Analysis of Decision under Risk. *Econometrica*, 47(2), 263. <https://doi.org/10.2307/1914185>
- Keating, N. L., Kouri, E. M., He, Y., Freedman, R. A., Volya, R., & Zaslavsky, A. M. (2016). Location Isn't Everything: Proximity, Hospital Characteristics, Choice of Hospital, and Disparities for Breast Cancer Surgery Patients. *Health Services Research*, 51(4), 1561–1583. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12443>
- Ketelaar, N. A., Faber, M. J., Flottorp, S., Rygh, L. H., Deane, K. H., & Eccles, M. P. (2011). Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004538.pub2>
- Koch-Weser, S., Chui, K., Hijaz, S., Lischko, A., & Auerbach, D. (2019). Investigating consumer hospital choice: Demand and supply-side levers could address health care costs. *Healthcare (Amsterdam, Netherlands)*, 7(3). <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2019.01.001>
- Kolstad, J. T., & Chernew, M. E. (2009). Quality and Consumer Decision Making in the Market for Health Insurance and Health Care Services. *Medical Care Research and Review*, 66(1\_suppl), 28S-52S. <https://doi.org/10.1177/1077558708325887>
- Kraska, R. A., Krummenauer, F., & Geraedts, M. (2016). Impact of public reporting on the quality of hospital care in Germany: A controlled before–after analysis based on secondary data. *Health Policy*, 120(7), 770–779. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.04.020>
- Lako, C. J., & Rosenau, P. (2009). Demand-Driven Care and Hospital Choice. Dutch Health Policy Toward Demand-Driven Care: Results from a Survey into Hospital Choice. *Health Care Analysis*, 17(1), 20–35. <https://doi.org/10.1007/s10728-008-0093-9>
- Lane, P. M., & Lindquist, J. D. (1988). Hospital choice: A summary of the key empirical and hypothetical findings of the 1980s. *Journal of Health Care Marketing*, 8(4), 5–20.
- Leister, J., & Stausberg, J. (2007). Why do patients select a hospital? A conjoint analysis in two German hospitals. *Journal of Hospital Marketing & Public Relations*, 17(2), 13–31. [https://doi.org/10.1300/J375v17n02\\_03](https://doi.org/10.1300/J375v17n02_03)
- Lisac, M. (2006). *Health care reform in Germany: Not the big bang* (Bd. 8, S. 1).

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.667.4803&rep=rep1&type=pdf>

Lux, M. P., Fasching, P. A., Schrauder, M., Löhberg, C., Thiel, F., Bani, M. R., Hildebrandt, T., Grün, A. H., Beckmann, M. W., & Goecke, T. W. (2011). The era of centers: The influence of establishing specialized centers on patients' choice of hospital. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283(3), 559–568. <https://doi.org/10.1007/s00404-010-1398-0>

Mansky, T. (2012). Was erwarten die potenziellen Patienten vom Krankenhaus? In *Böcken, Braun B, Reipschläger U (Hrsg.). Gesundheitsmonitor 2012. Bürgerorientierung im Gesundheitswesen*. (S. 136–159). Bertelsmann Stiftung.

Marshall, M. N., & McLoughlin, V. (2010). How do patients use information on health providers? *BMJ*, 341(nov25 1), c5272–c5272. <https://doi.org/10.1136/bmj.c5272>

Marshall, M. N., Shekelle, P. G., Sheila Leatherman, & Brook, R. H. (2000). The Public Release of Performance Data: What Do We Expect to Gain? A Review of the Evidence. *JAMA*, 283(14), 1866. <https://doi.org/10.1001/jama.283.14.1866>

Metcalfe, D., Rios Diaz, A. J., Olufajo, O. A., Massa, M. S., Ketelaar, N. A., Flottorp, S. A., & Perry, D. C. (2018). Impact of public release of performance data on the behaviour of healthcare consumers and providers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004538.pub3>

Mosadeghrad, A. M. (2014). Patient choice of a hospital: Implications for health policy and management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 152–164. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-11-2012-0119>

Mukamel, D. B., & Mushlin, A. I. (1998). Quality of Care Information Makes a Difference: An Analysis of Market Share and Price Changes After Publication of the New York State Cardiac Surgery Mortality Reports. *Medical Care*, 36(7), 945–954. <https://doi.org/10.1097/00005650-199807000-00002>

Øvretveit, J. (1996). Informed choice? Health service quality and outcome information for patients. *Health Policy*, 37(2), 75–90. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(96\)90053-6](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(96)90053-6)

Phibbs, C. S., Mark, D. H., Luft, H. S., Peltzman-Rennie, D. J., Garnick, D. W., Lichtenberg, E., & McPhee, S. J. (1993). Choice of hospital for delivery: A comparison of high-risk and low-risk women. *Health Services Research*, 28(2), 201–222.

Rice, T. (2013). The Behavioral Economics of Health and Health Care. *Annual Review of Public Health*, 34(1), 431–447. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031912-114353>

Robinson, S., & Brodie, M. (1997). Understanding the Quality Challenge for Health



Consumers: The Kaiser/AHCPR Survey. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 23(5), 239–244. [https://doi.org/10.1016/S1070-3241\(16\)30313-3](https://doi.org/10.1016/S1070-3241(16)30313-3)

Rosen, A. B., Tsai, J. S., & Downs, S. M. (2003). Variations in Risk Attitude across Race, Gender, and Education. *Medical Decision Making*, 23(6), 511–517. <https://doi.org/10.1177/0272989X03258431>

Salampessy, B. H., Bijlsma, W. R., van der Hijden, E., Koolman, X., & Portrait, F. R. M. (2020). On selecting quality indicators: Preferences of patients with breast and colon cancers regarding hospital quality indicators. *BMJ Quality & Safety*, 29(7), 576–585. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009818>

Schaeffer, D. (2006). *Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus. Eine Literaturanalyse*. Bertelsmann Stiftung.

Schneider, E. C., & Epstein, A. M. (1998). Use of Public Performance Reports: A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery. *JAMA*, 279(20), 1638. <https://doi.org/10.1001/jama.279.20.1638>

Schuldt, J., Doktor, A., Lichters, M., Vogt, B., & Robra, B.-P. (2017). Insurees' preferences in hospital choice-A population-based study. *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)*, 121(10), 1040–1046. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.08.004>

Simon, H. A. (1956). Rational choice and the structure of the environment. *Psychological Review*, 63(2), 129–138. <https://doi.org/10.1037/h0042769>

Smith, H., Currie, C., Chaiwuttisak, P., & Kyprianou, A. (2018). Patient choice modelling: How do patients choose their hospitals? *Health Care Management Science*, 21(2), 259–268. <https://doi.org/10.1007/s10729-017-9399-1>

Statistisches Bundesamt. (2013). *Zensus 2011—Ausgewählte Ergebnisse*. Statistisches Bundesamt. [https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie\\_derivate\\_00001470/zensus2011-AusgewaehlteErgebnisse.pdf;jsessionid=7245753049EF74669DBB166F36BC4A45](https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEMonografie_derivate_00001470/zensus2011-AusgewaehlteErgebnisse.pdf;jsessionid=7245753049EF74669DBB166F36BC4A45)

Statistisches Bundesamt. (2014). *Gesundheit, Grunddaten der Krankenhäuser 2012* (Fachserie 12 Reihe 6.1.1, S. 24). [https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft\\_derivate\\_00012210/2120611127004.pdf](https://www.statistischebibliothek.de/mir/servlets/MCRFileNodeServlet/DEHeft_derivate_00012210/2120611127004.pdf)

Stellpflug, M. H., Kramer, S., & Psychrembel Redaktion. (2020). Krankheit. In *Psychrembel online*. <https://www.psychrembel.de/Krankheit/K0C8J>

Streuf, R., Maciejek, S., Kleinfeld, A., Blumenstock, G., Reiland, M., & Selbmann, H. (2007). Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 12(2), 113–120. <https://doi.org/10.1055/s-2007-962996>

- Tayyari Dehbaraz, N., Lou, S., Uldbjerg, N., Møller, A., Gyrd-Hansen, D., & Søgaaard, R. (2018). Pregnant women's choice of birthing hospital: A qualitative study on individuals' preferences. *Women and Birth*, 31(6), e389–e394. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.006>
- Tayyari Dehbaraz, N., Raun Mørkbak, M., Gyrd-Hansen, D., Uldbjerg, N., & Søgaaard, R. (2018). Women's Preferences for Birthing Hospital in Denmark: A Discrete Choice Experiment. *The Patient*. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0313-9>
- Thaler, R. H., & Sunstein, C. R. (2008). *Nudge: Improving decisions about health, wealth, and happiness*. Yale University Press.
- Turnpenny, A., & Beadle-Brown, J. (2015). Use of quality information in decision-making about health and social care services—A systematic review. *Health & Social Care in the Community*, 23(4), 349–361. <https://doi.org/10.1111/hsc.12133>
- van den Bos, R., Homberg, J., & de Visser, L. (2013). A critical review of sex differences in decision-making tasks: Focus on the Iowa Gambling Task. *Behavioural Brain Research*, 238, 95–108. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2012.10.002>
- Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., & Rademakers, J. J. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: A scoping review. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-272>
- Wiedenhöfer, D., & Keppler, S. (2017). Entscheidungsfaktoren und Informationsquellen für die Krankenhauswahl bei Geburten in der Schweiz. *Das Gesundheitswesen*, 79(06), 468–471. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1565053>
- Yang, A., Chimonas, S., Bach, P. B., Taylor, D. J., & Lipitz-Snyderman, A. (2018). Critical Choices: What Information Do Patients Want When Selecting a Hospital for Cancer Surgery? *Journal of Oncology Practice*, 14(8), e505–e512. <https://doi.org/10.1200/JOP.17.00031>

## 9 Anhang

### 9.1 Fragebogen

#### Fragebogen zur Krankenhauswahl

**1. Wie oft waren Sie vor diesem Aufenthalt früher schon im Krankenhaus? (Egal in welchem Krankenhaus.)**

- ☐ noch nie (0 mal)      ☐ 1 bis 5 mal      ☐ öfter als 5 mal      ☐ weiß nicht

**2. Wann waren Sie zuletzt zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus?**

- ☐ ich bin zum ersten Mal im Krankenhaus  
☐ innerhalb der letzten 12 Monate  
☐ vor mehr als 12 Monaten  
☐ weiß nicht

**3. Was waren die wichtigsten Gründe und Auswahlkriterien in dieses Krankenhaus zu kommen? Geben Sie bitte die Ihnen wichtigen Dinge in Stichworten an:**

---

---

**4. Waren Sie bereits in diesem Krankenhaus?**

- ☐ ja      ☐ nein      ☐ weiß nicht

**4a. Wenn ja: Waren Sie bereits in dieser Fachabteilung?**

- ☐ ja      ☐ nein      ☐ weiß nicht

**5. Wenn Sie früher schon einmal in diesem Krankenhaus waren, wie zufrieden waren Sie damals mit dem Aufenthalt?**

- ☐ kann ich nicht beantworten, ich bin zum ersten Mal in diesem Krankenhaus  
☐ sehr zufrieden  
☐ zufrieden  
☐ weniger zufrieden  
☐ nicht zufrieden

☐ weiß nicht

**6. Haben Sie sich vor dem Aufenthalt bei Angehörigen oder Freunden über dieses Krankenhaus informiert?**

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

**7. Arbeiten Sie selber, Verwandte, Freunde oder Bekannte in diesem Krankenhaus?**

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

**8. Wie weit ist dieses Krankenhaus von Ihrem Zuhause entfernt?**

**8a. Geben Sie bitte an, mit welchem Verkehrsmittel Sie normalerweise von Zuhause zu diesem Krankenhaus fahren würden.**

☐ mit dem Auto, Motorrad

☐ mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Bus, Zug, Straßenbahn, U-Bahn) oder Taxi

☐ mit dem Fahrrad

☐ zu Fuß

☐ weiß nicht

**8b. Wie lange brauchen Sie für diese Strecke, geben Sie bitte die Zeit in Minuten an?**

\_\_\_\_\_ Minuten

**9. Gibt es ein Krankenhaus, das Sie mit Ihren jetzigen Beschwerden auch behandeln könnte und das Sie von zu Hause aus genauso schnell oder schneller oder mit weniger Aufwand erreichen können?**

☐ ja

☐ nein

☐ weiß nicht

**9a. Wenn ja: Weshalb haben Sie das Krankenhaus nicht gewählt?**

**Geben Sie bitte Ihre wichtigsten Gründe in Stichworten an:**

---

---

**10. Mit welchem Verkehrsmittel kommen Ihre wichtigsten Angehörigen üblicherweise hier zum Krankenhaus, um Sie zu besuchen?**

- ☐ mit dem Auto, Motorrad
- ☐ mit öffentlichen Verkehrsmitteln (Bus, Zug, Straßenbahn, U-Bahn) oder Taxi
- ☐ mit dem Fahrrad
- ☐ zu Fuß
- ☐ ich bekomme keinen Besuch
- ☐ weiß nicht

**10a. Wie lange brauchen Ihre wichtigsten Angehörigen, um hier zum Krankenhaus zu kommen?**

\_\_\_\_\_ Minuten

**11. Hatten Sie einen Termin für die Aufnahme hier im Krankenhaus?**

- ☐ ja
- ☐ nein
- ☐ weiß nicht

**11a. Wenn ja: Wer hat den Aufnahmetermin mit dem Krankenhaus vereinbart?**

- ☐ ich habe den Termin selber vereinbart
- ☐ Hausarzt
- ☐ Facharzt
- ☐ Arzt der Krankenhausambulanz
- ☐ Angehöriger
- ☐ Anderer (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**12. Wer hat Sie zu diesem Krankenhausaufenthalt eingewiesen?**

- ☐ ich habe mich selber eingewiesen
- ☐ Hausarzt (oder dessen Vertretung)
- ☐ Facharzt (oder dessen Vertretung)
- ☐ Hausarzt und Facharzt
- ☐ Krankenhausambulanz
- ☐ Notfallrettung
- ☐ Anderer (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**13. Wer hat entschieden, dass Sie in dieses Krankenhaus eingewiesen worden sind?**

- ☐ ich habe dies selber entschieden
- ☐ Hausarzt,
- ☐ Facharzt,
- ☐ Krankenhausambulanz
- ☐ Notfallrettung,
- ☐ Angehörige
- ☐ Anderer (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**14. Haben Sie - oder wurde - zwischen zwei oder mehreren Krankenhäusern ausgewählt und entschieden?**

- ☐ ja                      ☐ nein                      ☐ weiß nicht

**15. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Beteiligung an der Entscheidung, in welches Krankenhaus sie jetzt eingewiesen worden sind?**

- ☐ sehr zufrieden
- ☐ zufrieden
- ☐ weniger zufrieden
- ☐ nicht zufrieden
- ☐ weiß nicht

**16. Wie lange stand vor dem jetzigen Aufnahmetag fest, dass Sie ins Krankenhaus müssen?**

- ☐ Ich bin am gleichen Tag aufgenommen worden.
- ☐ Ich bin am nächsten Tag aufgenommen worden.
- ☐ 2 bis 7 Tage vor der Aufnahme
- ☐ 1 bis 4 Wochen vor der Aufnahme
- ☐ länger als 4 Wochen vor der Aufnahme
- ☐ weiß nicht

**17. Über wie viele Krankenhäuser haben Sie sich vor Aufnahme informiert?**

- ☐ über kein Krankenhaus
- ☐ nur über dieses Krankenhaus
- ☐ über dieses und auch andere Krankenhäuser
- ☐ nur über andere Krankenhäuser
- ☐ weiß nicht

**18. Hatten Sie vor der jetzigen Aufnahme genug Zeit, um sich über passende Krankenhäuser zu informieren?**

- ☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht
- ☐ ich musste mich nicht informieren, da ich wusste, in welches Krankenhaus ich gehe

**19. Wie viel Zeit brauchen Sie schätzungsweise ungefähr, um sich vor einer Aufnahme über ein Ihnen noch nicht bekanntes Krankenhaus zu informieren und eine Wahl zu treffen?**

ungefähr \_\_\_\_\_Tage

- ☐ weiß nicht

**20. Wo [bzw. bei wem] haben Sie sich tatsächlich vor diesem Aufenthalt über Krankenhäuser informiert, um die Wahl für dieses Krankenhaus zu treffen?  
Kreuzen Sie bitte die Aussagen an, die für Sie zutreffen. (Auch mehrere möglich.)**

- ☐a Ich brauchte mich nicht informieren, da ich das Krankenhaus von einem früheren Aufenthalt bereits kenne.
- ☐b Ich habe mich vorher nirgendwo informiert.
- ☐c beim Hausarzt
- ☐d beim Facharzt
- ☐e in der Ambulanz des Krankenhauses
- ☐f bei Angehörigen, Freunden, Bekannten
- ☐g bei einer Informationsveranstaltung des Krankenhauses
- ☐h Informationen aus dem Internet (selber gesucht oder jemand anderen beauftragt)
- ☐i in Informationsbroschüren
- ☐k in Tageszeitungen
- ☐l bei Krankenkassen
- ☐m bei Patientenverbänden
- ☐n bei Selbsthilfegruppen
- ☐o bei der Verbraucherberatung
- ☐p bei einer Besichtigung des Krankenhauses (z.B. Empfangsbereich, Kreißsaal, Stationen etc.)

- ☐q andere Informationsquelle: (bitte eintragen):\_\_\_\_\_
- 

**21. Bitte gehen Sie noch einmal zu der vorstehenden Liste zurück und machen Sie bitte einen Kreis um EIN angekreuztes Kästchen, das für Sie die wichtigste Informationsquelle war. (Wenn Sie nur ein Kästchen angekreuzt haben, müssen Sie keinen Kreis machen!)**

**22. Welche Auswahlgründe (Kriterien) waren für Sie jetzt tatsächlich wichtig, um in dieses Krankenhaus zu kommen?**

**Kreuzen Sie bitte die für Sie wichtigen Punkte an. (Auch mehrere möglich.)**

- ☐a Keine, da ich nicht (mit-)entschieden habe.

**Für meine Aufnahme in dieses Krankenhaus war mir wichtig ...**

- ☐b wie meine eigenen Erfahrungen mit dem Krankenhaus bei früheren Aufenthalten waren
- ☐c ob Patienten bei Entscheidungen zur Behandlung mit einbezogen werden
- ☐d ob Ärzte sich für die Patienten genug Zeit nehmen
- ☐e ob meine Freunde, Bekannte, Familienangehörige mir das Krankenhaus empfehlen
- ☐f ob meine behandelnden Ärzte (Hausarzt, Facharzt) mir das Krankenhaus empfehlen
- ☐g ob das Krankenhaus einen guten Ruf hat
- ☐h wie andere Patienten das Krankenhaus in einer Zufriedenheitsbefragung bewerten
- ☐i wie das Krankenhaus mit öffentlichen Verkehrsmitteln erreichbar ist
- ☐k wie weit das Krankenhaus von meinem Zuhause entfernt ist
- ☐l wie lang die Wartezeiten bis zur Aufnahme sind
- ☐m ob die medizinisch-technische Ausstattung des Krankenhauses auf dem neuesten Stand ist
- ☐n wie viele Patienten bei der für mich nötigen Behandlung versterben
- ☐o wie die Behandlungserfolge des Krankenhauses bei der für mich notwendigen Behandlung sind
- ☐p wie häufig Komplikationen nach der für mich nötigen Behandlung auftreten
- ☐q ob das Krankenhaus nach medizinischen Leitlinien behandelt
- ☐r wie oft das Krankenhaus die für mich nötige Behandlung durchführt
- ☐s wie häufig Entzündungen bei Patienten im Krankenhaus auftreten



- ☐t ob das Krankenhaus alle hygienischen Regeln einhält
- ☐u andere Gründe: \_\_\_\_\_

**23. Wenn Sie sich über ein Krankenhaus neu informieren müssen, von wem würden Sie am liebsten Informationen über Krankenhäuser bekommen?**

**Kreuzen Sie bitte die für Sie wichtigsten an. (Auch mehrere möglich.)**

- ☐a von meinem Hausarzt
- ☐b von meinem ambulanten Facharzt
- ☐c von den Krankenhäusern direkt, für die ich mich interessiere
- ☐d von Portalen im Internet, die Informationen zu Krankenhäusern vergleichen
- ☐e von Verbraucherzentralen
- ☐f von Krankenkassen
- ☐g von Patientenvereinigungen
- ☐h von Selbsthilfegruppen
- ☐i von Verwandten, Freunden, Kollegen
- ☐k von unabhängigen Beratungsstellen für Patienten
- ☐l von der Krankenhausgesellschaft
- ☐m von anderen (bitte angeben): \_\_\_\_\_

**24. Wie oft nutzen Sie das Internet im Durchschnitt?**

- ☐ gar nicht
- ☐ weniger als einmal im Monat
- ☐ mindestens einmal im Monat
- ☐ mindestens einmal in der Woche
- ☐ (fast) jeden Tag

**25. Mit welchem Arzt bzw. welchen Ärzten haben Sie vor der jetzigen Krankenhausaufnahme über Einzelheiten der Behandlung gesprochen?**

**(Auch mehrere Angaben möglich.)**

- ☐a mit keinem Arzt
- ☐b Hausarzt
- ☐c Facharzt
- ☐d Krankenhausambulanz
- ☐e Anderer (bitte angeben): \_\_\_\_\_

Bevor Patienten sich für eine Behandlung entscheiden, können sie sich neben dem eigenen Hausarzt oder Facharzt bei einem weiteren Arzt untersuchen lassen. So können sie eine zusätzliche Meinung und Empfehlung zu der geplanten Behandlung bekommen. Das nennt man eine zweite Meinung einholen oder „Zweitmeinungsverfahren“.

**26. Haben Sie vor der jetzigen Krankenhausbehandlung eine solche zweite ärztliche Meinung zu Ihrer Behandlung eingeholt?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**27. Haben Sie früher schon einmal eine zweite ärztliche Meinung vor einer ärztlichen Behandlung eingeholt?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**28. Hätten Sie sich vor dieser Krankenhausbehandlung eine zweite ärztliche Meinung zu Ihrer Behandlung gewünscht?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**29. Wissen Sie, wie Sie eine zweite ärztliche Meinung einholen können?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**30. Haben Sie eine oder mehrere lang andauernde, chronische Erkrankungen?**

Hinweis: Chronische Krankheiten sind lang andauernde Erkrankungen, die ständiger Behandlung und Kontrolle bedürfen, z. B. Diabetes oder Herzerkrankungen.

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**30a. Wenn ja: Seit wann haben Sie die (erste) chronische Erkrankung?**

☐ bis 1 Jahr ☐ zwischen 1 und 5 Jahren ☐ länger als 5 Jahre

**31. Sind Sie jetzt zur Untersuchung bzw. Behandlung einer chronischen Erkrankung hier im Krankenhaus?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**32. Wurde bei Ihnen jemals von einem Arzt eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen festgestellt? Kreuzen Sie bitte alle zutreffenden an und geben Sie bitte rechts daneben an, vor wie vielen Jahren sie festgestellt wurde?**

		vor .... Jahren
<input type="checkbox"/> a	Herz-Kreislauf-Erkrankung (Bluthochdruck, Durchblutungsstörung am Herzen, Angina pectoris, Herzinfarkt, Herzmuskelschwäche, Herzrhythmusstörungen)	
<input type="checkbox"/> b	Schlaganfall oder Durchblutungsstörung am Gehirn	
<input type="checkbox"/> c	chronische Bronchitis, Asthma bronchiale	
<input type="checkbox"/> d	Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	
<input type="checkbox"/> e	Krebserkrankung, bösartiger Tumor	
<input type="checkbox"/> f	Gelenkerkrankung (Gelenkverschleiß / Arthrose, entzündliche Gelenkerkrankung / Polyarthritits, Rheuma)	
<input type="checkbox"/> g	Rückenleiden	
<input type="checkbox"/> h	Epilepsie, Parkinson, Multiple Sklerose ‚MS‘	
<input type="checkbox"/> i	Depression	
<input type="checkbox"/> k	Angststörung, Alkoholkrankheit, Schizophrenie	
<input type="checkbox"/> l	andere chronische Krankheit (bitte angeben): _____	

**33. Nehmen Sie derzeit regelmäßig und für länger als 6 Monate Medikamente ein?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**34. Besteht bei Ihnen eine Behinderung, die vom Versorgungsamt amtlich anerkannt ist?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**34a. Wenn ja: Wie viel Grad beträgt der Grad der Behinderung heute?**

\_\_\_\_\_ % (Prozent) ☐ weiß nicht

**35. Besteht bei Ihnen eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE), die von der Unfallversicherung anerkannt ist?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**35a. Wenn ja: Wie viel Grad beträgt die Minderung der Erwerbsfähigkeit?**

\_\_\_\_\_ % (Prozent) ☐ weiß nicht

**36. Besteht bei Ihnen eine Pflegebedürftigkeit, die von der Sozialen Pflegeversicherung (Pflegeversicherung, Pflegekasse) anerkannt ist?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**Wenn ja: 36a. Welche Pflegestufe liegt bei Ihnen vor?**

Pflegestufe: ☐ I (1) ☐ II (2) ☐ III (3) ☐ weiß nicht

**37. Wie sind Sie krankenversichert?**

- ☐ gesetzlich versichert  
☐ gesetzlich versichert UND privat zusatzversichert  
☐ privat vollversichert  
☐ Beihilfe  
☐ Sonstiges: (z. B. keine Krankenversicherung, Selbstzahler)  
☐ weiß nicht

**38. Ihr Geburtsjahr: 19**

--	--

**39. Ihr Geschlecht:**

☐ männlich ☐ weiblich

**40. Seit wann leben Sie hauptsächlich in Deutschland?**

☐ seit meiner Geburt

seit:

--	--	--	--

(Jahreszahl)

**41. Verfügen Sie über:**

- die deutsche Staatsangehörigkeit ☐ ja  
einen unbefristeten Aufenthalt ☐ ja  
einen befristeten Aufenthalt ☐ ja

**42. In welchem Land sind Ihre Eltern geboren?**

Mutter: ☐ in Deutschland

in einem anderen Land: welches?

\_\_\_\_\_

Vater: ☐ in Deutschland in einem anderen Land: welches? \_\_\_\_\_

**43. Ist Deutsch Ihre Muttersprache?**

☐ ja ☐ nein ☐ weiß nicht

**43a. Wenn nein: Wenn Deutsch nicht Ihre Muttersprache ist, wie schätzen Sie Ihre Deutschkenntnisse ein?**

☐ sehr gut ☐ gut ☐ weniger gut ☐ gar nicht gut  
☐ kann ich nicht beurteilen

**44. Welchen beruflichen Ausbildungsabschluss haben Sie?**

**Was alles auf der Liste trifft auf Sie zu?**

**Falls Sie noch in Ausbildung oder Student(in) sind, geben Sie das bitte unter G oder H an. Für Schüler ohne Berufsausbildung gilt A. (Auch mehrere möglich.)**

- ☐ A. Ich habe keinen beruflichen Abschluss und bin nicht in beruflicher Ausbildung.
- ☐ B. Ich habe eine beruflich-betriebliche Ausbildung (Lehre) bzw. eine beruflich-schulische Ausbildung (Berufsfachschule, Handelsschule) abgeschlossen.
- ☐ C. Ich habe eine Ausbildung an einer Fachschule, Meister-, Technikerschule, Berufs- oder Fachakademie abgeschlossen.
- ☐ D. Ich habe einen Fachhochschulabschluss.
- ☐ E. Ich habe einen Hochschulabschluss.
- ☐ F. Ich habe einen anderen beruflichen Abschluss.
- ☐ G. Ich bin noch in beruflicher Ausbildung (Auszubildender, Lehrling, Berufsfach- / Handelsschule).
- ☐ H. Ich bin Student(in).

**45. Zu welcher Gruppe gehört Ihr aktueller bzw. zuletzt ausgeübter Beruf? (bitte auch bei Renten-/Pensionsbezug oder Erwerbslosigkeit ausfüllen)**

- ☐ ich bin niemals berufstätig gewesen
- ☐ a selbstständiger Landwirt / Genossenschaftsbauer (auch mithelfender Familienangehöriger)
- ☐ b Akademiker in freiem Beruf
- ☐ c Selbstständiger im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie usw...

Beamter / Richter / Berufssoldat...

- ☐d im einfachen oder mittleren Dienst
- ☐e im gehobenen Dienst
- ☐f im höheren Dienst

Angestellter...

- ☐g mit einer Tätigkeit, die nach Anweisung erledigt wird
- ☐h mit selbständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit
- ☐i mit umfassenden Führungsaufgaben

Arbeiter, und zwar...

- ☐k ungelernt / angelernt
- ☐l Facharbeiter
- ☐m Vorarbeiter, Kolonnenführer / Meister, Polier, Brigadier
- ☐n in Ausbildung / Schule/ Studium/ Lehre
- ☐o Bundesfreiwilligendienst, FSJ (freiwilliges soziales Jahr)

**46. Wie viele Personen leben ständig in Ihrem Haushalt, Sie selbst mit gerechnet? Zählen Sie dabei bitte auch alle im Haushalt lebenden Kinder mit.**

\_\_\_\_\_ Kinder (unter 18 Jahren)

\_\_\_\_\_ Erwachsene (alle Personen über 18 Jahre)

**47. Wie hoch ist das monatliche Netto-Einkommen Ihres Haushaltes insgesamt, also von allen zusammen, die ein Einkommen beziehen?**

Gemeint ist dabei die Summe, die sich ergibt aus Lohn, Gehalt, Einkommen aus selbstständiger Tätigkeit, Rente oder Pension, jeweils nach Abzug der Steuern und Sozialversicherungsbeiträge. Rechnen Sie bitte auch die Einkünfte aus öffentlichen Beihilfen, Einkommen aus Vermietung, Verpachtung, Wohngeld, Kindergeld und sonstige Einkünfte hinzu.

- ☐ unter 500 Euro
- ☐ 500 bis unter 1.000 Euro
- ☐ 1.000 bis unter 1.500 Euro
- ☐ 1.500 bis unter 2.000 Euro
- ☐ 2.000 bis unter 2.500 Euro
- ☐ 2.500 bis unter 3.000 Euro
- ☐ 3.000 bis unter 4.000 Euro
- ☐ 4.000 bis unter 5.000 Euro
- ☐ 5.000 Euro und mehr

**48. Zu welchen Gesundheitsthemen haben Sie in den letzten 12 Monaten Informationen gesucht? (BITTE ALLES ZUTREFFENDE ANKREUZEN!)**

- ☐ Erkrankungen
- ☐ Behandlungsmaßnahmen
- ☐ Krankenhäuser (Adressen, Aufnahmemodalitäten, Wartezeiten, Qualität)
- ☐ Ärzte (Adressen, Wartezeiten, Qualität, Schwerpunktpraxen)
- ☐ Maßnahmen zur Gesundheitsvorsorge (z. B. Krebsvorsorge, Raucherentwöhnung, Ernährungsumstellung)
- ☐ Alternative Heilmethoden
- ☐ Krankenkassen
- ☐ Rechtsvertretung bei Kunstfehlern
- ☐ Anderes
- ☐ Habe keine Informationen gesucht

## 9.2 Verzeichnis der akademischen Lehrer/-innen

Meine akademischen Lehrenden waren in Marburg:

Prof. Dr. Detlef Bartsch

Prof. Dr. Stefan Bauer

Prof. Dr. Annette Becker

Prof. Dr. Katja Becker

Prof. Dr. Siegfried Bien

Prof. Dr. Sven Bogdan

Prof. Dr. Frank Czubayko

Dr. Barbara Fritz

Prof. Dr. Susanne Fuchs-Winkelmann

Prof. Dr. Max Geraedts

Prof. Dr. Thomas Gress

Prof. Dr. Dr. Christiane Hey

Prof. Dr. Rainer Hofmann

Prof. Dr. Joachim Hoyer

Prof. Dr. Walter Werner Hundt

Dr. Andreas Jerrentrup

Prof. Dr. Dr. Peter Herbert Kann

Prof. Dr. Ralf Kinscherf

Prof. Dr. Tilo Kircher

Prof. Dr. Roland Lill

Prof. Dr. Michael Lohoff

Prof. Dr. Andreas Mahnken

Prof. Dr. Rolf Felix Maier

Prof. Dr. Andreas Neubauer

Prof. Dr. Bernhard Neumüller

Prof. Dr. Christopher Nimsky

Prof. Dr. Dominik Oliver

Dr. Egbert Opitz

Prof. Dr. Axel Frieder Pagenstecher

Dr. Christian-Dominik Peterlein

Prof. Dr. Ardawan Julian Rastan

Prof. Dr. Harald Renz

Prof. Dr. Manfred Riße

Prof. Dr. Volker Roelcke

Prof. Dr. Steffen Ruchholtz



Prof. Dr. Marco Bernhard Rust  
Prof. Dr. Irmtraut Sahmland  
Prof. Dr. Bernhard Schieffer  
Prof. Dr. Joachim Schneider  
Dr. Carmen Schwee  
Dr. Carola Seifert  
Prof. Dr. Walter Sekundo  
Dr. Bernd Stahl  
Prof. Dr. Boris Stuck  
Prof. Dr. Kati Thieme  
Prof. Dr. Lars Timmermann  
Prof. Dr. Claus Vogelmeier  
Prof. Dr. Uwe Armin Georg Wagner  
Dr. Reiner Westermann  
Dr. Christian Wrocklage  
Prof. Dr. Hinnerk Friedrich Wilhelm Wulf

### 9.3 Danksagung

Zuerst möchte ich mich herzlich bei meinem Doktorvater, Max Geraedts, bedanken, der mir diese Arbeit und die damit verbundene Erlangung eines Doktorgrades ermöglichte.

Bedanken möchte ich mich auch bei allen Patienten, die an der der Befragung teilgenommen haben, den zuständigen Stationsmitarbeitern, den jeweiligen Krankenhäusern sowie den beiden Interviewern und all denjenigen, die an der Erstellung der Datenbank beteiligt waren.

Als nächstes möchte ich mich bei meinen Eltern, Karin und Ammo Kummer, bedanken, die mir, insbesondere in den letzten Monaten dieser Arbeit, mit Expertise in Zeichensetzung, kulinarischen Verköstigungen, Spaziergängen und Denkanstößen zur Seite standen.

Auch mein Bruder, Pelle Kummer, soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, da er mich durch seine eigenen Erfahrungen als langjähriger Doktorand mit nützlichen Tipps versorgen konnte und trotz stressigen Alltags für Fragen immer zur Verfügung stand.

Ich möchte mich auch bei meinem Freund, Jérôme Scholten, bedanken, der nie müde wurde, meinen endlosen Monologen über die neusten Entwicklungen meiner Arbeit zu folgen, mich aufzubauen und mich bestmöglich zu unterstützen.

Mein größter Dank jedoch gebührt meinem Betreuer, Werner de Cruppé, der mich mit viel Geduld an das wissenschaftliche Arbeiten heranführte, für meine Fragen stets ein offenes Ohr hatte und mich durch seine literarisch formvollendeten Kommentare immer wieder schmunzeln ließ.